FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924 — **THÈSE** — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

GIGON (Charles)

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers
Lauréat de l'École de Médecine

né le 9 juillet 1898 à Ballée (Mayenne)

DES

PSEUDO-KYSTES SPONTANÉS

DU PANCRÉAS

LEUR ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE
A PROPOS DE DEUX CAS OBSERVÉS

Président : Professeur CH. ACHARD

ANGERS
IMPRIMERIE CENTRALE
15, RUE DE LA ROË, 15
1924

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen	M. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	ANDRÉ BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD. CHAUFFARD. GILBERT. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. GOSSET. HARTMANN. LEJARS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	AUGUSTE BROCA.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	CHIRAY	LAIGNEL-LAVASTINE	PHILIBERT
ALGLAVE	CLERC	LANGLOIS	RATHERY
AUBERTIN	DEBRE	LARDENNOIS	RETTERER
BASSET	DESMAREST	LE LORIER	RIBIERRE
BAUDOUIN	DUVOIR	LEMIERRE	ROUSSY
BINET	FIESSINGER	LEQUEUX	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GARNIER	LEREBOULLET	SCHWARTZ
BRANCA	GOUGEROT	LERI	STROHL
BRULE	GREGOIRE	LEVY-SOLAL	TANON
BUSQUET	GUENIOT	MATHIEU	TERRIEN
CADENAT	GUILLAIN	METZGER	TIFFENEAU
CAMUS	HEITZ-BOYER	MOCQUOT	VILLARET
CHAMPY	JOYEUX	MULON	
CHEVASSU	LABBE (Henri)	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinio émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées com propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation improbation.

A MA PETITE FRANÇOISE

—

A MA CHÈRE FEMME

—

A MA MÈRE A MON PÈRE

Dont la vie toute de labeur et de probité restera pour nous le plus grand des exemples. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'hommage de notre piété filiale.

—

A MA SŒUR

—

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. le PROFESSEUR ACHARD

Professeur de Clinique médicale
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

—

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

—

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOQUEL

Directeur de l'Ecole de Médecine
et de Pharmacie d'Angers
Professeur de Clinique obstétricale
Membre correspondant
de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

—

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRIN

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers
Chevalier de la Légion d'honneur

—

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENÉCHAU

Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers

—

A MES MAITRES

de l'Hôtel-Dieu et de l'Ecole de Médecine d'Angers

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder ce travail, nous tenons à remercier tous ceux qui nous ont dirigé au cours de nos études médicales et nous ont aidés de leurs exemples ou de leurs enseignements.

M. le Docteur DENÉCHAU, professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers, nous reçut toujours avec bienveillance, comme externe d'abord dans son service d'enfants, comme interne ensuite dans son service de clinique. C'est au cours de ce dernier stage qu'il nous donna l'idée de ce travail à propos de deux malades que nous avons eu l'occasion d'observer alors. Il a bien voulu nous aider de ses conseils et nous diriger pas à pas ; nous le prions de bien vouloir agréer ici l'hommage de nos sentiments respecteux et de notre bien vive reconnaissance.

Qu'il nous soit permis également d'évoquer la mémoire de deux de nos maîtres aujourd'hui disparus, et qui nous furent si dévoués, au moment où nous avons commencé nos études médicales, M. le Professeur MONPROFIT, et M. le Professeur THIBAULT ; nous leur adressons ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

DES

PSEUDO-KYSTES SPONTANÉS DU PANCRÉAS

CHAPITRE PREMIER

Introduction et Historique

Au cours de nos années d'internat, à l'Hôtel-Dieu d'Angers, nous avons eu la bonne fortune d'observer dans les services de nos maîtres, les Professeurs Denéchau et Brin, deux cas absolument nets de pseudo-kystes pancréatiques non traumatiques. Sans prétendre que ces cas sont d'une extrême rareté, il nous a semblé, en parcourant la littérature médicale de ces vingt dernières années, riche pourtant en travaux sur le pancréas, qu'un petit nombre d'observations seulement comporte un diagnostic précis posé avant l'intervention. Nous relevons, en effet, les étiquettes variées de péritonite enkystée secondaire à une perforation gastrique ou vésiculaire, de kyste hydatique, d'hydronéphrose, de pyopneumothorax, et seule la laparotomie avait précisé la nature de l'affection.

Or, dans nos deux cas successifs, si le diagnostic porté pour le premier fut celui d'abcès sous-phrénique, pour le second l'hypothèse de pseudo-kyste du pancréas fut longuement envisagé, avertis que nous étions par l'exemple précédemment observé.

C'est une preuve qu'un tel diagnostic clinique est possible pour quelqu'un de prévenu. Aussi, grâce à ces deux faits, grâce à un

troisième, dû au professeur Brin, et à vingt-six autres analogues, que nous avons pu relever, croyons-nous pouvoir démontrer sans les séparer des pseudo-kystes traumatiques auxquels ils se rattachent par bien des points, que même spontanées, ces formations existent, quelles doivent être relativement fréquentes mais trop souvent méconnues sans doute, et qu'elles sont possibles à diagnostiquer, si comme l'a dit Körte : « le médecin se souvient que son malade a un pancréas. »

L'histoire des pseudo-kystes non traumatiques d'origine pancréatique est difficile à établir ; cela ne veut pas dire que nous n'en trouvions des exemples assez nombreux dans la littérature médico-chirurgicale, mais ils ont été si longtemps perdus au milieu des kystes vrais de cet organe, d'une part, et plus récemment au milieu des pseudo-kystes traumatiques que leur histoire est à faire.

Si nous en croyons Page, dès 1641 Tulpius trouve à autopsie un abcès du pancréas ; longtemps après lui Lieutaud en 1767, Ancelet et Portal, en 1804, Percival et Schmachpfeffer en 1819, Gendrin, en 1826, publient des cas analogues.

Plus près de nous, Becourt, en 1830, y fait allusion dans sa thèse sur les « abcès miliaires du pancréas », et Le Dentu en 1865, à propos d'un pseudo-kyste traumatique cette fois qui lui est personnel, rappelle les travaux de cet auteur. Senn, en 1885, parle surtout des contusions pancréatiques, mélangeant pourtant pseudo-kystes traumatiques et inflammatoires. La même confusion se retrouve dans le livre de Boeckel, qui, le premier distingue leur origine traumatique et leur origine inflammatoire. Nimier, deux ans plus tard, les envisagera, mais d'une façon quelque peu accessoire : « Quant aux kystes hématiques et purulents, dit-il, ils ne sauraient nous arrêter, ou bien il s'agit d'hémorragies enkystées ou encore d'hémorragies dans une cavité kystique préexistante ; ou bien ce sont des abcès, peut-être aussi des kystes qui se sont infectés et ont suppuré. » La véritable dissociation se marque dans les publications de Körte, au Congrès Allemand de chirurgie de 1894, puis plus tard, en 1898. Il distingue clairement les kystes vrais des pseudo-kystes, et indique que « si ces derniers peuvent être d'origine

traumatique, nombre d'entre eux sont spontanés. » A partir de cette époque, les publications sur ce sujet se multiplient, tant en France comme au Congrès de Chirurgie de 1900, qu'à l'étranger.

Citons la thèse de Leisser de Leipzig en 1898, la revue générale de Green Cumston en 1903, qui envisageant kystes et pseudo-kystes, attribue à ces derniers une origine inflammatoire ou traumatique. En 1905, à l'Association française de Chirurgie, Villar, dans son rapport sur la chirurgie du pancréas, en admet surtout deux grandes variétés : les kystes par rétention et les kystes néoplasiques. Il aborde cependant les pseudo-kystes qu'il distingue des hématomes de l'arrière cavité. Au même Congrès, Garré, rapportant trois observations personnelles, avance que l'étiologie de ces kystes « se trouve en relation étroite avec des nécroses partielles du pancréas, nécroses liées à un infarctus ou à une infection secondaire. »

Jusqu'ici, malgré la multiplicité des faits, la distinction absolue de la forme qui nous occupe semble imparfaite, et il faut arriver au travail de Guinard, en 1907, puis à celui de Quénu, en 1911, pour voir traiter d'une façon spéciale les pseudo-kystes non traumatiques. Cet auteur sépare à jamais les kystes vrais glandulaires des pseudo-kystes. Il soutient, avec une observation personnelle, l'autonomie de ces formations et à la suite de Gœbell, il démontre que la plus grande partie des soi-disant kystes glandulaires sont dépourvus de revêtement épithélial et ne sont que des pseudo-kystes spontanés analogues aux formations post-traumatiques. Il rappelle les observations publiées en France, celle de Delagenière en 1900, de Rochard en 1902, de Guinard, de P. Delbet en 1907, de Tuffier en 1908. La voie est tracée et cependant aucun travail important ne va suivre. En 1912 seulement, parait une revue de Mathieu, sur les kystes du pancréas en général; puis viennent les travaux sur la pancréatite hémorragique, sur son étiologie et sa pathogénie. En 1913, Gilbert et Chabrol édifient la théorie vasculaire de cette affection, tandis que Delbet et ses élèves, Morel, Brocq et Binet développent la théorie canaliculaire avec activation des ferments.

La guerre interrompt ces recherches. Dès 1919, pourtant, un rapport de Lecène, à la Société de Chirurgie sur le traitement de la pancréatite aigüe remet la question à l'ordre du jour et provoque la publication de faits nouveaux: Delbet et Bazy (1919), Lepoutre et Picquet (1920). Il s'agit là de pseudo-kystes spontanés que Philardeau traitera en 1922, mais perdus encore au milieu de toutes les autres formations de la glande pancréatique. Tout récemment, enfin, Mocquot et Costantini, viennent d'étudier d'une façon magistrale les contusions et pseudo-kystes traumatiques, éliminant d'emblée, les formations spontanées qu'ils contribuent ainsi à individualiser.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique

L'étude anatomo-pathologique des pseudo-kystes spontanés du pancréas ne diffère pas de celle des pseudo-kystes traumatiques. Que le pancréas soit en effet rupturé mécaniquement ou par un processus biologique, infarctus, auto-digestion, les lésions ultérieures seront identiques dans tous les cas.

Deux choses sont à étudier, d'une part le pseudo-kyste lui-même, sa forme, son volume, son siège anatomique, ses parois et son contenu, et d'autre part la glande elle-même spécialement au niveau de la lésion initiale.

Ces pseudo-kystes sont essentiellement « des collections liquides », c'est dire par là même que leur forme est arrondie et globuleuse. Leur volume est variable, et toutes les dimensions sont observées en clinique, depuis le petit kyste appréciable seulement au palper et qui ne renferme qu'un demi litre de liquide, cas de Jamin (*Obs.* XXVIII) jusqu'au grand kyste qui soulève la paroi abdominale antérieure et qui peut en contenir jusqu'à 4 litres (Ombredanne) et même 8 litres (Rochard). Pourtant le plus grand nombre de ces pseudo-kystes ont le volume d'une tête du fœtus ou un peu plus, et leur contenance ne dépasse guère un à trois litres.

Développés en entier dans l'arrière cavité des épiploons, ils affectent les mêmes rapports anatomiques que cette arrière cavité même : limités en haut et à droite par le foie et le pédicule hépatique, en bas par le méso-colon transverse, à gauche par la rate, leur paroi postérieure répond au pancréas lui-même. Tantôt rétropéritonéal, le pseudo-kyste se collecte contre la

colonne dorso-lombaire pour former la variété prévertébrale, ou bien il s'insinue entre les deux feuillets du méso-côlon transverse pour constituer la forme mésocolique. Tantôt au contraire effondrant le mince feuillet péritonéal qui le recouvre, le liquide s'accumule dans l'arrière cavité, et différente en est la variété suivant la situation de l'estomac par rapport à la tumeur. Avec Lazarus, nous pouvons alors distinguer : la forme gastro-hépatique si la tumeur bombe entre le foie et l'estomac comme chez notre seconde malade : la forme rétro-ventriculaire si l'estomac est au-devant de la tumeur, rare puisque nous n'en avons pas d'exemple : et enfin la forme gastro-colique où la masse pseudo-kystique refoule l'estomac au-dessus d'elle et le côlon au-dessous. Cette dernière serait un peu plus fréquente que les deux autres, nous la relevons en effet onze fois dans nos observations.

Anatomiquement, cette collection n'a rien du kyste, elle n'a en effet pas de paroi propre, ni d'endothélium et c'est là son caractère fondamental et distinctif. La limitante est formée, soit du tissu pancréatique lui-même si le péritoine pariétal postérieur est intact et si le liquide en s'accumulant a repoussé les débris glandulaires à sa phériphérie, soit et plus souvent peut-être des organes voisins. Macroscopiquement nombre d'auteurs le signalent : « La cavité est limitée en haut par le foie, en arrière par le pancréas, en avant par la petite courbure de l'estomac et l'épiploon gastro-hépatique : les parois sont faites de néomembranes trés épaisses », déclare Picquet dans son observation, (*Obs.* XXVII). « L'estomac est en haut et en arrière adhèrent, la rate adhère largement de même que la queue du pancréas » note Ombredanne (*Obs.* XX). Nous pourrions ainsi multiplier les exemples ; qu'il nous suffise de noter ici que la grande cavité péritonéale est protégée par la fermeture précoce de l'hiatus de Winslow par des adhérences.

L'histologie correspond d'ailleurs parfaitement à ces données ; la paroi interne du pseudo-kyste formée de quelques travées conjonctives avec amas fibrineux, ne comporte aucunement trace d'épithélium de revêtement, d'endothélium. Quénu résume ainsi l'examen histologique dans son observation : « Fibrilles conjonctives superficielles, festonnées et décollées par un petit

hématone superficiel ; profondément tissu conjonctif très dense avec dans toute la préparation juste un cul de sac glandulaire. » Jamin (*Obs.* XXIX) note : « Paroi formée d'un tissu fibro-conjonctif assez riche en vaisseaux et en cellules conjonctives. Pas d'épithélium de revêtement, pas d'éléments pancréatiques. » Et tout récemment à propos d'un pseudo-kyste traumatique cette fois, Soubbotich donne un compte rendu analogue : « La paroi du kyste est formée par un tissu conjonctif ferme et lamelleux contenant très peu de cellules. On y trouve par places une substance homogène en amas et en forme de cylindre. Cette substance augmente à mesure qu'on approche de la surface interne du kyste de même que les vaisseaux dont la direction est perpendiculaire à la dite surface. La paroi interne du kyste présente des noyaux isolés, incolores et des masses granuleuses en amas déjà décrites. On trouve entre ces dernières des amas jaunâtres de pigments et de débris de globules sanguins désorganisés. On aperçoit çà et là des filaments de fibrine. La surface de la paroi extérieure du kyste est également composée de tissu fibreux avec cellules fusiformes ou polymorphes, parfois très riches en protoplasma ». Nous-mêmes n'avons pu pratiquer d'examen histologique. Nos malades ont guéri, et opératoirement nous avons omis de faire une biopsie.

Quant au contenu de ces pseudo-kystes, c'est un liquide, rarement clair, cas unique de Quénu (*Obs.* XIV), presque toujours hémorragique. Parfois très abondant au point de former un coagulum qui se dépose à la périphérie de la poche, le sang y est d'habitude en moins forte proportion ; le liquide est alors fluide ou sirupeux, rougeâtre, chocolat ou noir ; il contient en suspension des flocons de tissus sphacélés, débris de la glande elle-même, et une forte proportion d'albumine. Accessoirement il peut renfermer des phosphates (*Obs.* II), de la cholestérine (*Obs.* IV), de l'urée (*Obs.* IV et XIX) et assez souvent du pus ; mais il s'agit là d'une véritable complication dont l'étude trouvera sa place ultérieurement. En outre, l'examen chimique y révèle la présence habituelle, mais non constante des éléments constitutifs du suc pancréatique. Nous disons habituelle, car Mocquot et Costantini ne les ont pas toujours trouvés ; c'est sans doute que

le liquide épanché s'est modifié au contact des tissus et a perdu avec ses ferments, ses propriétés physiologiques. Le Moniet (*Obs.* XXIII), dans le liquide pancréatique de son opéré a trouvé les trois ferments, mais le fait serait assez rare et plus souvent 40 fois contre 14, d'après Körte, il n'y aurait qu'un ou que deux ferments, lipase (*Obs.* II), amylase (*Obs.* XI et XIV), amylase et trypsine (*Obs.* V).

Telle est la lésion kystique, dont l'origine pancréatique reste maintenant à déterminer. Sans doute ce n'est pas là chose facile et l'autopsie seule pourrait nous en donner nettement la clé : Giordano put la faire une fois, et il en donne en ces termes le compte-rendu : « En arrière du tablier épiploïque existait une grande poche à contenu nécrotico-purulent, au fond de laquelle se trouvait le pancréas, par plaques étendues en état de désagrégation nécrotique. »

Beaucoup plus difficile à rechercher opératoirement cette origine a pourtant été vue par Routier (*Obs.* XV), lorsqu'il dit que « le fond de la cavité répond au pancréas ». Quénu l'avait déjà supposé et il écrivait dans son rapport à la Société de Chirurgie de 1911 que : « le point de départ de ces kystes est dans la formation d'un foyer de nécrose, qui ulcère et détruit un certain nombre de canalicules. »

Quant au siège de ce point de départ, il serait prédominant au niveau du corps et de la queue de la glande. Körte les trouve développés aux dépens de la tête dans 34 0/0 des cas et Nimier dans 8 0/0 environ ; par contre ce dernier auteur les observe au niveau du corps 20 fois sur 100 et au niveau de la queue, 60 fois environ. A la vérité, comme la plupart des malades guérissent, le point de départ, ne peut être précisé exactement et ces diverses statistiques méritent quelques réserves.

Nous ne connaissons pas l'état du reste de la glande ; les autopsies nous manquent et l'examen histologique qui, seul pourrait nous renseigner, n'a pas été fait jusqu'ici, du moins nous n'en avons trouvé mention nulle part.

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie

A peu près totalement inconnue avant les travaux de Dieulafoy. et son mémoire de 1907, sur les relations intimes de la lithiase biliaire tant avec la pancréatite sclérosante qu'avec la pancréatite aigüe l'étiologie des pseudo-kystes non traumatiques du pancréas est aujourd'hui plus précise.

Rare après soixante ans, puisque nous n'en relevons que deux cas (*Obs.* V et XIII), cette affection est essentiellement une maladie de l'âge adulte. S'il en fallait croire Phélip, elle serait même tout à fait exceptionnelle dans l'enfance ; nous ne sommes pas aussi absolus, la malade de Guelliot (*Obs.* XXII) était une fillette de 8 ans, et celui de Lepoutre (*Obs.* XXVI), un garçon de 12 ans. Mais malgré cela la grande majorité des pseudo-kystes survient après 20 ans, et plus spécialement de 30 à 45. Le sexe n'est pas à envisager, hommes et femmes semblent également atteints.

Ses causes sont multiples, mais la plus fréquente et la plus importante est à n'en pas douter la lithiase biliaire. Déjà signalée par nombre d'auteurs, cette cause se retrouve dans nos observations : soit d'une façon très nette, vésicule calculeuse à l'intervention (*Obs.* XXVIII), ictère (*Obs.* IV), lithiase biliaire (*Obs.* XXVI et XXIX), soit d'une manière moins évidente. Chez notre second malade, nous retrouvons un passé fait de douleurs épigastriques ; chez celui de Quénu (*Obs.* XIV) il s'agit de deux légères crises douloureuses de l'hypocondre droit ; chez celui de Routier (*Obs.* XV) ce sont des troubles dyspeptiques avec crises douloureuses épigastriques ; chez celui de Guelliot, enfin

(*Obs.* XXI) des douleurs pendant plusieurs années au niveau de l'hypocondre droit avaient fait penser à la lithiase biliaire. Sans vouloir faire de ces symptômes, en somme assez vagues, des signes certains, il est cependant permis de supposer qu'ils traduisaient peut-être une atteinte légère des voies biliaires, lithiasique ou infectieuse.

Non moins importants sont les facteurs toxique et surtout infectieux. La pancréatite hémorragique s'est montrée en effet, au cours de la fièvre typhoïde, chez un malade de Chauffard et Ravaut, au cours de l'infection puerpérale, des oreillons, de l'intoxication par le mercure (Guinard), et la morphine (Carnot). Peut-être est-ce un fait analogue que nous avons observé nous-mêmes chez notre second malade qui avait eu, trois ans auparavant, une grippe infectieuse grave, et qu'à relevé Lepoutre chez son petit malade qui avait présenté le mois précédent deux poussées de furonculose.

Deux autre causes, que Chabrol retrouve dans la moitié des cas environ, sont l'alcoolisme et l'obésité. A la vérité ces deux antécédents n'ont pas toujours été recherchés avec soin ; notons toutefois que notre homme, cultivateur de son métier, n'était pas exempt d'une certaine imprégnation alcoolique.

*
* *

Telles sont les données étiologiques, quel en est maintenant le mécanisme ? L'anatomie pathologique nous a montré qu'à leur base il y avait toujours une nécrose de la glande, nécrose partielle sans doute mais réelle, bien vue par Giordano et Routier, mise en valeur par Quénu et prouvée tant par la présence au niveau du kyste de débris de glande sphacelés (Körte) que par la complication opératoire fréquente la fistule pancréatique.

Or, une affection seule est à la base de ces nécroses partielles, affection bien connue aujourd'hui, la pancréatite hémorragique. Lecène et Lenormant, dès 1906, avaient bien remarqué qu'à côté des hémorragies diffuses et interstitielles et des foyers de stéatonécroses de cette affection, « en certains points la nécrose du tissu glandulaire était complète ». Et Quénu, n'a-t-il pas dit à la Société de chirurgie, de 1911 : « les kystes du pancréas sont pour

le plus petit nombre des kystes néoplasiques, pour le plus grand nombre des pseudo-kystes, nées par auto-digestion d'un foyer de pancréatite. » Ce sont donc ces foyers nécrotiques limités qui sont le point de départ des pseudo-kystes qui nons occupent ; aussi devons-nous rappeler, en quelques mots, les deux théories actuellement en cours pour expliquer leur développement.

La première, édifiée par Gilbert, et développée ensuite par Chabrol fait de la thrombose veineuse la lésion primitive. Conditionnée en pratique par un certain relentissement circulatoire habituel chez les lithiasiques, les alcooliques et les obèses, l'oblitération entraînerait en amont ainsi que l'expérimentation le leur a montré, « toutes les phases de l'hémorragie depuis la simple congestion capillaire et l'apoplexie limitée aux îlots de Langerhans jusqu'à l'infarctus proprement dit. » Ils en donnent comme preuve, d'une part, les constatations nécropsiques, présence d'un caillot oblitérant la veine splénique à sa terminaison (Chabrol), vaisseaux pancréatiques présentant sous l'objectif « des images analogues à celles que donnent les stades initiaux des phlébites à la phase préoblitérante » (Chauffard et Ravaut), et d'autre part l'analogie avec l'infarctus de l'intestin : identité clinique d'abord, et identité des lésions ensuite, sont deux arguments puissants en faveur d'une même pathogénie. Or, celle de cette dernière affection est toute entière dans la congestion veineuse en amont d'une oblitération vasculaire. L'infarctus constitué intervient alors pour la pancréas l'auto-digestion qui explique, et l'extension des lésions et la stéatonécrose. A partir de ce moment le mécanisme est analogue à celui décrit par les partisans de la théorie canaliculaire.

Celle-ci, tout récemment encore mise au point par Brocq et Binet, semble aujourd'hui la plus universellement admise. Ici, pas de lésions vasculaires pré-existantes, l'auto-digestion est primitive, elle se fait d'emblée à la condition toutefois, que le sujet soit en état d'activité sécrétoire du pancréas ou période digestive. « La pancréatite hémorragique avec stéatonécrose, disent ces auteurs, est une auto-digestion par activation fortuite des ferments pancréatiques dans la glande par un ou plusieurs éléments exogènes, l'hématome est le résultat de la digestion des

canaux et des vaisseaux par la trypsine activée, c'est le phénomène initial; la stéatonécrose est le résultat du dédoublement des graisses par la lipase pancréatique dont l'action est ou non renforcée par l'adjonction de bile. » Ces éléments exogènes sont en pratique, représentés par quatre substances : la bile, le suc duodénal, les microbes ou seulement les globules blancs ainsi qu'en fait foi l'expérimentation.

Quelle que soit la théorie que l'on adopte, un fait est acquis, la pancréatite hémorragique est constituée : c'est là le premier stade. Si la glande est altérée dans sa totalité, la mort survient rapidement: s'il s'agit au contraire de formes subaigües et partielles, laissant suffisamment de pancréas pour que ses fonctions soient conservées, la survie est possible. Les lésions locales n'en continueront pas moins à évoluer et c'est précisément au pseudo-kyste qu'elles vont aboutir. Le processus ne diffère pas de ce que nous savons de l'évolution habituelle des foyers d'infarctus. Après une phase aigüe les lésions se limitent aboutissant à un véritable eschare qui en se détachant laisse béants un certain nombre de petits vaisseaux et canalicules excréteurs; sang et suc s'épancheront dès lors dans la cavité préformée et soit par distension simple, soit par auto-digestion secondaire le liquide s'accumulera en arrière du péritoine ou directement dans l'arrière cavité des épiploons si le péritoine ne résiste pas : dès lors le pseudo-kyste est constitué se créant ainsi une individualité clinique bien nette. Il ne s'agit donc en définitive que de l'enkystement secondaire des produits de l'auto-digestion de la glande ou de l'accumulation de sang et de suc glandulaire au niveau d'un foyer de nécrose, résultat plus ou moins rapide d'une pancréatite hémorragique qui en constitue on le voit la lésion initiale.

CHAPITRE IV

Étude clinique

Les données de pathogénie précédentes nous montrent que les pseudo-kystes spontanés évoluent en deux étapes successives, la première la pancréatite localisée, la seconde de développement kystique proprement dit. Une étape intermédiaire sépare ces deux phases, elle correspond au développement progressif du foyer kystique avant qu'il ne soit décelable à nos moyens d'investigation. L'étude clinique répond ici admirablement à la pathogénie et comme elle comprend deux périodes différentes, l'une marquant le début de la maladie, l'autre la période d'état, ces deux étapes restant séparées l'une de l'autre par une période à peu près complètement muette.

Avec ou sans les quelques antécédents que nous avons notés et qui sont loin d'être toujours constants, l'affection débute brutalement seize fois sur les vingt-neuf observations que nous avons recueillies. En parfaite santé, le malade est pris d'une douleur intense l'obligeant à crier, à se débattre, ou au contraire à se courber en deux, dans la position dite en chien de fusil. Cette douleur siège le plus souvent au creux épigastrique (*Obs.* II, IV, VI, VII, VIII, X, XI, XXVII) où elle semble rester localisée, ou au contraire s'étend pour envahir tout l'abdomen (*Obs.* XXVII). Deux fois elle a occupé l'hypocondre droit (*Obs.* XXVI *et* XXIX), une fois (*Obs.* XXIII) l'hypocondre gauche, une fois enfin (*Obs.* V) la région dorso-lombaire. Qu'elle siège en avant, qu'elle siège en arrière, un peu à droite ou un peu à gauche, il s'agit toujours de la région pancréatique. Pourtant une fois, et c'est chez notre premier malade, la douleur a tout d'abord occupé le

bas-ventre ; mais ce fait doit être l'exception, il faut ajouter d'ailleurs que dès la seconde crise la douleur avait regagné l'étage supérieur de l'abdomen.

Cette douleur est transphyxiante et ne paraît pas en général avoir tendance à s'irradier, elle est si violente qu'elle s'accompagne d'une atteinte grave de l'état général : le nez se pince, le faciès se plombe et devient péritonéal, le pouls est petit et incomptable, il y a tendance au collapsus et parfois syncope. Par contre, la température reste normale, c'est là un fait important.

Puis des vomissements surviennent pour ainsi dire constants. D'abord alimentaires ils sont ensuite muqueux et parfois bilieux. Fréquemment ils se renouvellent à chaque ingestion d'aliments, même liquides, aussi longtemps que dure la crise (*Obs.* II).

Parfois (*Obs.* II, XI, XXVII) il y a arrêt des matières et des gaz, du moins passagère ; d'une durée de quelques heures à quelques jours, ce signe a pu, chez le malade de Giordano (*Obs.* XI) égarer un instant le diagnostic vers l'idée d'une occlusion intestinale.

Nous n'avons pas eu la chance d'observer nos malades à cette période, force nous est donc de recourir aux descriptions qui en ont été données pour déterminer à ce moment l'examen local. Toute la région sus-ombilicale serait douloureuse, météorisée, avec cyanose de la paroi et hypertrophie du foie et de la rate. Dans les formes moins aigües la palpation révèlerait, dès ce moment, une tuméfaction épigastrique plus ou moins volumineuse mais douloureuse.

Telle est en général la crise initiale, elle peut être unique comme dans notre seconde observation et c'est le cas le plus fréquent 10 fois sur 16, mais elle peut aussi être multiple ; deux crises chez notre premier malade et dans les *observations* XXIII, XXVI, XXIX. Plus rarement ce début brutal semble ne pas exister et le malade ne signale que des douleurs épigastriques survenues insidieusement mais se manifestant par crises ; c'est ainsi que les choses se passèrent dans les *observations* III, IX, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XXI, XXII, XXV, où l'histoire

clinique du malade est relatée. Peut-être s'est-il agi dans ces cas de formes moins brutales de la pancrértite hémorragique, de formes subaigües comme les appelle Carnot ; peut-être aussi l'interrogatoire n'a-t-il pas été assez précis et a-t-il pu laisser passer un début net, non souligné d'emblée par le malade.

Quoi qu'il en soit, cette crise initiale, lorsqu'elle existe, et qui rappelle en tous points le drame pancréatique, n'est pas longue ; de moins de 24 heures parfois (*Obs.* I, XXVI), sa durée est le plus souvent de trois à quatre jours (*Obs.* II, VI, VII, XI, XVI, XXIII, XXVI) ; rarement une fois seulement (*Obs.* VI) elle a dépassé cinq jours. Elle s'atténue peu à peu, les symptomes morbides s'amendent et à tel point parfois que le malade peut reprendre son travail et se croire totalement guéri (*Obs.* II, XXIII).

Avec ce retour à la santé se termine la première phase de l'évolution des pseudo-kystes, phase que nous appellerions volontiers prékystique. Le malade entre alors dans une période de calme, de guérison apparente, sorte d'intervalle libre. Cette période qui précède l'apparition de la tumeur est assez variable : excédant parfois trois mois (*Obs.* XV, XXI, XXII, XXIX), variant dans d'autres cas de un à trois mois (*Obs.* V, XIV, XXVI, XXVIII), elle est le plus souvent inférieure à un mois (*Obs.* I, II, IV, VI, VII, VIII, XI, XXIII, XXVII). Ce n'est qu'exceptionnellement que l'intervalle libre n'est pas signalé, Delagénière (*Obs.* IV), a vu, chez son malade, la tumeur succéder de suite à la crise initiale ; il est vrai que cette dernière avait été alors anormalement longue, d'une dizaine de jours environ. La règle semble devoir être celle que l'on retrouve dans nos deux observations personnelles, soit environ trois semaines.

En bonne santé apparente pendant ce laps de temps le malade présente pourtant un symptôme d'une grande valeur pour le clinicien : c'est l'amaigrissement. Nos deux malades avaient maigri ainsi que celle de Brin (*Obs.* III), celui de Rochard (*Obs.* V) avait perdu de douze à quinze livres, celui de Guelliot (*Obs.* XXI) était très amaigri, celui de Le Moniet avait perdu dix kilogs en six semaines. On voit que, s'il n'a pas toujours été noté avec soin, cet amaigrissement a été en général rapide et important. Ce point avait frappé Guinard : « Ce n'est pas, dit-il, un malade

amaigri par les douleurs et les vomissements, c'est un malade frappé d'une cachexie suraigüe, d'une cachexie si intense qu'on doit l'appeler la cachexie pancréatique ».

C'est alors seulement que le malade rentre dans la période kystique proprement dite, troisième phase en réalité de l'affection, caractérisée par deux grands symptômes la douleur et la tumeur. Ces deux signes vont de pair : tandis que les douleurs reparaissent non plus sous forme de crises violentes cette fois, mais sous forme d'un endolorissement constant, tantôt assez vif, tantôt au contraire très sourd comme dans notre seconde observation, d'une « tension dans le côté » suivant l'expression même de Le Moniet avec exacerbations irrégulières, la tumeur apparaît.

Elle se constitue lentement, insidieusement de sorte que si l'on examine le malade avant son développement complet il est possible de la voir augmenter de volume (*Obs.* XXIII, XXVI). Son siège est à l'épigastre, elle occupe seulement cette région dans un petit nombre de cas (*Obs.* VIII, XI, XXIX), l'épigastre et l'hypocondre gauche le plus souvent. Caractérisée déjà à l'inspection par une voussure antérieure inter-ombilico-xyphoïdienne médiane ou latérale comme chez notre femme (*Obs.* II) et parfois même un évasement de la base du thorax gauche comme chez le malade de Lepoutre (*Obs.* XXVI), elle est admirablement bien perçue à la palpation. Tantôt ne dépassant pas le volume d'une orange, tantôt très volumineuse au point de descendre jusque dans la fosse iliaque gauche (*Obs.* III) elle a le plus souvent les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Sa limite supérieure est contigüe au foie à droite et se perd à gauche sous le rebord costal. Sa limite inférieure assez nette se trouve au voisinage de l'ombilic : marquée par une ligne horizontal elle est parfois au-dessus de celui-ci (*Obs.* XXIII) le plus souvent au-dessous à un, deux (*Obs.* XX) ou même trois travers de doigt (*Obs.* XXII).

Tantôt rénittente si le liquide est sous forte tension, tantôt seulement fluctuante, cette tumeur a toujours sa surface lisse et régulière, sans bosselure, ses contours sont arrondis, sa consistance partout uniforme. Elle est le siège de douleurs spontanées continues (*Obs.* I, II, XXI, XXIX) ou au contraire paroxystiques

(*Obs.* XIV, XXVII) douleurs que l'on attribue aujourd'hui à la compression du plexus coeliaque et que Potherat désigne sous le nom de névralgies coeliaques de Froedreich. Mais cette douleur n'est pas constante non plus que celle que provoque la palpation, ainsi que le démontre, et notre seconde observation, et celles de Bazy (*Obs.* XXV), de Le Moniet, d'Ombredanne. Elle semble d'ailleurs varier chez le même sujet et s'atténuer peu à peu, à mesure que l'on s'éloigne du début de l'affection : témoin notre femme (*Obs.* II) où la tumeur sensible encore à l'entrée de la malade à l'hôpital était complètement indolore un mois plus tard lorsque nous l'avons fait opérer.

Le plus souvent fixe, et cela n'est pas pour surprendre puisque le pancréas est immobile dans sa plus grande partie, cette tumeur a pourtant dans certains cas un peu de mobilité : mobilité latérale chez le malade de Bazy (*Obs.* XXV) mobilité antéro-postérieure chez la malade de Brin (*Obs.* III) et celle de Routier (*Obs.* XV), mobilité enfin suivant les mouvements respiratoires tant dans notre seconde observation que dans celle de Rochard (*Obs.* V). C'est peut-être que dans ces cas le pseudo-kyste a pour point de départ la queue de l'organe, portion essentiellement mobile elle-même.

A la percussion cette tumeur est généralement mate d'une matité absolue en son centre et seulement submate à sa périphérie à cause de l'estomac ou du colon qui cherchent à s'insinuer au devant d'elle. Si la tumeur bombe sous l'épiploon gastro-hépatique comme dans notre seconde observation, sa matité se confond avec la matité du foie, et nous avouons que c'est souvent là pour le diagnostic source de difficultés. Si au contraire l'estomac est refoulé au-dessus, la tumeur est encadrée entre deux sonorités, stomacale en haut, colique en bas (*Obs.* IV et XXIII) et c'est là un excellent symptôme de sa localisation pancréatique.

Potherat, à la Société de Chirurgie, rappelle un signe décrit avant lui par Le Deutu : le gargouillement provoqué par le palper. Il indiquerait que la tumeur est rétro-gastrique ou rétro-colique. Nous ne l'avons pas observé, non plus que les cliniciens dont nous rapportons les observations.

Par contre, une fois Jamin (*Obs.* XXIX) et une fois nous-même (*Obs.* II) avons trouvé, tant à la vue qu'au palper, cette masse animée de battements systoliques, synchrones des mouvements cardiaques. Mais l'épreuve des drapeaux était négative et l'auscultation ne révélait aucun souffle. Il s'est agi à n'en pas douter de transmission par la tumeur des pulsations aortiques.

C'est là toute la symptomatologie car il n'existe en général aucun autre signe pathologique important ou constant. Appareil respiratoire, appareil circulatoire et système nerveux sont normaux. Pourtant l'anorexie est fréquente sans électivité, mais les vomissements ont cessé à part de rares exceptions.

Les selles parfois diarrhéïques dans les jours qui suivent la crise initiale (*Obs.* II) ne contiennent pas de graisse, il n'y a pas de stéarrhée. La glycosurie n'a été notée que deux fois chez un malade de Potherat (*Obs.* XVII) et un autre de Rochard (*Obs.* XXIII). L'albumine a été trouvée chez quatre malades et toujours à l'état de traces (*Obs.* I, II, XI et XVIII).

Pourquoi cette absence quasi constante des deux signes cardinaux de l'insuffisance pancréatique ? Nous pensons avec les physiologistes que la lésion d'origine ne détruit qu'une toute petite parcelle de la glande, et que ce qui en reste est suffisant pour assurer les fonctions d'absorption des graisses et de régulation de la glycémie. C'est qu'en effet l'expérimentation a montré, depuis longtemps, que l'extirpation totale du pancréas est seule capable de provoquer la stéarrhée et la glycosurie.

Mais en dehors de toutes ces données purement cliniques, avons-nous à notre disposition des moyens de laboratoire sur lesquels nous puissions compter?

Ce que nous venons de dire de l'absence des signes macroscopiques de l'insuffisance pancréatique, s'applique également à leur recherche chimique ou microscopique. Si parfois dans les fèces les globules graisseux sont plus abondants que normalement, s'il existe quelques noyaux cellulaires non digérés, leur existence à ce taux réduit dépend de trop de causes et se trouve trop fréquemment en dehors de toute lésion du pancréas pour que nous puissions en tirer une conséquence importante.

Il en est de même de la réaction de Cammidge, qui pourtant

fit grand bruit lors de sa découverte ; basée sur la formation de cristaux spéciaux dans l'urine des sujets porteurs de lésions pancréatiques, sa recherche est extrêmement compliquée. Elle a été longtemps en honneur, mais aujourd'hui on lui dénie toute valeur, et Grimbert et Bernier ont tout récemment tranché la question en démontrant que le corps qui prend naissance dans cette réaction « existe normalement dans toutes les urines et ne saurait avoir aucune signification clinique. »

Seul, l'examen radioscopique peut nous donner des renseignements utiles. Plusieurs méthodes semblent devoir être employées, l'examen simple, l'examen avec ingestion de bouillie opaque, l'insuffisance gastro-colique, et enfin le pneumopéritoine.

L'examen simple n'est pas d'un grand secours ; il montre toutefois une opacité correspondant à la tumeur, mais les limites en sont floues et les rapports anatomiques imprécis. On lui adjoint toujours en pratique l'ingestion d'un repas opaque, suivant la méthode usuelle. Ce seconde procédé nous montre avec une introduction normale de la bouillie, la situation et la forme de l'estomac. Chez notre seconde malade (*Obs.* II), l'image était typique, l'estomac refoulé à gauche de la tumeur, encadrait celle-ci dans sa petite courbure et avait la forme d'un croissant. De plus, en dégageant de l'ombre abdominale le contour de la poche gastrique, ce repas opaque en montre les parois absolument lisses sans lacune ni diverticule, faisant ainsi éliminer presque sûrement une lésion d'origine stomacale.

De connaissance plus récente, sont les deux dernières méthodes d'examen : L'insufflation gastrique s'obtient en faisant ingérer au malade une potion de Rivière : le gaz carbonique se dégage, distend l'estomac et le rend absolument transparent. L'insufflation colique se fait au moyen d'une poire de thermo-cautère, qui puisant le gaz dans un ballon de caoutchouc l'envoie dans le rectum au moyen d'une longue sonde. On emploie l'oxygène ou le gaz carbonique mais ce dernier semble actuellement préféré ; il n'est pas toxique, il est moins douloureux et sa résorbtion est plus rapide. Combinée l'une à l'autre ces deux insufflations délimitent la tumeur, sur ses bords gauche et inférieur. Dès lors, vue

nettement, il est facile de se rendre compte de son immobilité provoquée ou spontanée.

Reste le pneumo-péritoine : non encore passé dans la pratique courante, il semble que ce soit là, le procédé idéal. Il consiste à injecter au moyen de l'appareil de Küss et sous faible pression, au maximum 10 à 15 c/m d'eau, environ 2 à 3 litres d'oxygène (Ribadeau Dumas, Mallet et Laulerie) ou de gaz carbonique (Béclère), ou encore d'un mélange des deux. En s'infiltrant entre chaque organe, et en formant autour d'eux une couche transparente, le gaz permettrait de voir exactement les contours des organes abdominaux et de toutes les tumeurs avec leur connexions exactes. Pourtant son emploi semble devoir être prudent, en raison de ses dangers propres, syncope, emphysème, embolie gazeuse et de la présence d'une tumeur péritonéale. Lacayo, en effet, dans un travail récent, donne comme contre-indication l'existence dans l'abdomen de collections liquides enkystées.

En résumé, l'examen au repas opaque combiné à l'insufflation gastrique, tel que nous l'avons pratiqué nous-même chez notre seconde malade nous fournit déjà avec les données de la clinique des renseignements précieux. Mais dans les cas difficiles il y a lieu d'y joindre l'insufflation colique, procédé absolument inoffensif.

CHAPITRE V

Evolution et complications

Abandonné à lui-même, que devient le malade porteur d'un pseudo-kyste du pancréas? Question difficile à résoudre par les faits, tous les malades ayant été opérés. Mais il est bien évident que différente sera l'évolution suivant l'importance de la collection d'une part, suivant qu'il survient ou non des complications, d'autre part.

Peut-être s'ils sont de petit volume, la résorption spontanée des pseudo-kystes est-elle possible; mais dès qu'ils atteignent la taille de ceux que nous observons en clinique, cette terminaison n'est pas à envisager. Et le malade gêné par la tumeur qui lui occasionne des douleurs, des troubles digestifs, maigrit, perd ses forces et se cachectise jusqu'à ce que l'intervention vienne mettre fin à cet état de choses : témoin notre seconde observation personnelle, témoin le malade de Rochard (*Obs.* V) qui de mai à août 1901, perd de 12 à 15 livres ou celle de Faure (*Obs.* IX) qui perd 50 kilogs. Mais la tolérance de l'organisme peut être beaucoup plus grande. La malade de Routier (*Obs.* XV) a gardé sa tumeur pendant sept à huit mois sans en être incommodée; la malade de Bazy (*Obs.* XXV) ne s'est décidée à l'opération que trois ans après l'apparition d'une masse abdominale et encore parce qu'elle augmentait de volume !!

Il n'en est pas moins vrai que le pseudo-kyste pancréatique non traumatique reste une affection sérieuse, tant par l'évolution possible vers la cachexie pancréatique rapide qui avait si justement frappé Guinard, que par le danger des complications.

*
* *

Celles-ci, en effet, sont au nombre de trois : la rupture, les accidents de compression et l'infection.

Signalée par nombre d'auteurs, cette rupture pourrait se faire, soit dans le péritoine, comme l'indique Körte, soit dans un organe creux, intestin le plus souvent comme dans les cas de Bull, de Morin, de Seefish rapportés par Mocquot et Costantini, estomac, côlon, voies biliaires, plus rarement. La rupture dans les plèvres au travers du diaphragme semble encore plus rare, et ne se comprend guère d'ailleurs sans infection préalable du pseudo-kyste. Personnellement la rupture nous semble une éventualité plus théorique que pratique, elle n'a pas été signalée une seule fois dans nos observations.

Peut-être un peu plus fréquents sont les accidents de compression. Les phénomènes douloureux, en effet, à type névralgiques notés chez la plupart des malades semblent devoir y être rattachés. Par contre, les œdèmes des membres inférieurs et l'ascite par compression de la veine porte et de la veine cave inférieure, les phénomènes d'occlusion par compression duodenale, l'ictère enfin par compression du choledoque n'ont pas été relevés par nous. Chez la malade de Jamin (*Obs.* XXIX), qui était ictérique, il s'agissait bien plus probablement d'un ictère lithiasique, car nous relevons chez elle antérieurement deux autres crises douloureuses avec ictère.

Beaucoup plus importante est l'infection ; c'est là en pratique la seule complication qui soit à craindre et la seule fréquente dans cette variété de pseudo-kyste puisque nous la notons dans un peu plus du 1/4 des cas. Bactériologiquement plusieurs microbes peuvent être en cause, soit isolément, soit ensemble. Chez la malade de Brin (*Obs.* III), le bacille pyocyanique était à l'état de pureté ; chez celui de Giordano, le microscope a montré de très nombreux staphylocoques et quelques streptocoques ; chez celle de Guinard, enfin, de gros coccis et du colibacille ; ce serait ce dernier, d'après Chabrol, qui, hôte normal de l'intestin et souvent des voies biliaires et pancréatiques, serait le plus communément observé.

Si les espèces microbiennes sont variées c'est peut être que leur origine diffère ; celle-ci peut en effet se trouver dans

l'intestin si l'on en croit Carnot : « L'augmentation de virulence des germes duodénaux ou wirsungiens d'une part, l'affaiblissement de la défense normale de la glande contre l'infection ascendante d'autre part, nous donnent la raison de la suppuration. » Elle peut être au niveau du sang et c'est ce qu'on observe au cours des infections streptococciques, typhoïdiques ou autres ; elle peut enfin siéger dans une lésion de voisinage, ulcéro-cancer du pylore, appendicite, et en général toutes lésions suppurées de l'abdomen. Mais quel qu'en soit le point de départ, le mécanisme intime de l'infection peut lui-même varier ; soit qu'il s'agisse d'une infection de proche en proche, d'une ascension des organismes microbiens par les canaux excréteurs, donnant avant la suppuration du pseudo-kyste un premier stade d'angio-pancréatite suppurée, décrite par Carnot ; soit qu'il y ait métastase sanguine, fixation d'un microbe du sang au niveau du foyer kystique, soit enfin qu'une infection de voisinage s'y transporte, ou au travers des tissus eux-mêmes, ou par voie lymphatique ainsi que le mentionne Giordano. Cette infection peut être précoce (*Obs.* VII), contemporaine de la lésion initiale ; il s'agit à proprement parler d'abcès primitif du pancréas, et les auteurs décrivent en général cette lésion sous le nom de pancréatite suppurée ou gangreneuse avec abcès enkysté. Elle peut, au contraire, et c'est ce qui semble s'être passé chez notre premier malade, être secondaire, plus ou moins tardive. Le liquide sanguin du pseudo-kyste, excellent milieu de culture, et point d'appel puissant, est envahi par les microorganismes qui transforment rapidement le foyer kystique en un vaste abcès.

Mais ce n'est point là vulgaire fait anatomique ; cette transformation purulente avec présence fréquente pour ne pas dire constante d'anaérobies modifie trop l'allure clinique de l'affection pour que nous la passions en silence. Notre premier malade et celui de Guinard (*Obs.* VII) en sont les exemples les plus typiques. Ici, non seulement les signes abdominaux diffèrent un peu, mais on trouve surajouté un syndrome thoracique important, non pas de nature purulente, mais inflammatoire et développé sans doute par irritation de voisinage.

La crise initiale, l'intervalle libre ont les mêmes caractères

que lorsqu'il s'agit d'un pseudo-kyste simple ; mais la douleur de retour, moins bien localisée cette fois, est plus large, elle s'étend plus à gauche et occupe toute la base du thorax de ce côté ; elle n'est pas violente, ni paroxystique mais sourde et constante (*Obs.* V).

A l'examen le malade se présente à la fois comme un thoracique et un abdominal ; thoracique d'abord, il présente un peu de dyspnée avec polypnée, il est secoué par une petite toux sèche, fréquente, mais sans expectoration aucune. A l'inspection, témoin notre malade (*Obs.* I) l'hémithorax gauche un peu amplifié est immobile. Les deux tiers inférieurs au moins sont mats en arrière, d'une matité hydrique avec courbe supérieure arrondie suivant la forme des épanchements pleuraux classiques. Non seulement postérieure, cette matité, du moins chez notre homme, tournait en avant, donnant l'impression d'un épanchement très abondant. Cependant elle n'était point totale, et le bord gauche de la région précordiale présentait une zone de tympanisme mobile ; c'était là chose curieuse et troublante et dont la pathogénie doit être rattachée comme nous le verrons tout à l'heure à l'existence d'une poche hydro-aérique sous-diaphragmatique. Concurrement, les vibrations sont abolies dans toute la zone mate, et l'auscultation révèle avec un souffle pleurétique (*Obs.* I), ou presque amphorique (*Obs.* VII), de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

C'est là, semble-t-il, un syndrome liquidien pleural presque banal. Pourtant la matité semble dépasser les limites du thorax en bas, et un examen approfondi montre en effet l'étage supérieur de l'abdomen, occupé à gauche par une masse. C'est là le syndrome abdominal qui, primitif anatomiquement semble secondaire au point de vue clinique. La région épigastrique est saillante, de même que le rebord costal gauche qui paraît légèrement déjeté en dehors (*Obs.* II) ; et si le bombement de la région lombaire n'est pas signalé, c'est sans doute que les collections pancréatiques ont toujours tendance à se développer en avant. A la palpation, on sent au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre gauche une masse considérable dont seule la limite inférieure est nette, représentée par une ligne horizontale

au voisinage de l'ombilic; le bord supérieur en effet est sous les côtes, inaccessible. Cette tumeur peut être mate (*Obs.* I) ou tympanique (*Obs.* VIII et XI). Elle peut être de plus en plus volumineuse comme chez notre premier malade, ou au contraire s'affaisser légèrement lorsqu'apparaissent des signes d'épanchement pleural comme chez le malade de Guinard. Du tintement métallique a été noté par Delbet (*Obs.* VIII) et de la succession par Guinard (*Obs.* VII).

La fièvre nulle dans les pseudo-kystes simples, est ici un signe presque constant : elle est élevée et irrégulière ou rémittente à grandes oscillations. Pourtant, malgré la nature purulente du contenu (*Obs.* III) il n'y a pas eu de température avant l'intervention : il est vrai qu'il s'agissait du bacille pyocyanique à l'état de pureté. L'asthénie, la prostration, le faciès grippé, la dyspnée, les sueurs profuses, sont ici autant de petits signes qui traduisent chez le patient l'infection générale et la toxhémie. C'est dire que l'état est grave et à tel point que chez notre homme (*Obs.* I), nous n'avons pu pratiquer ni l'ingestion d'un repas opaque, ni l'insufflation gastrocolique. La radioscopie simple nous avait cependant éclairé en nous montrant nettement et l'épanchement pleural, et la collection sous-phrénique avec sa poche gazeuse et son image de flot.

Si la ponction exploratrice est dangereuse et ne doit pas être faite au cas de pseudo-kyste non compliqué, elle est ici précieuse. Elle doit d'ailleurs toujours être faite en arrière et donne les résultats suivant : pratiquée au lieu d'élection, elle ramène un liquide citrin inflammatoire dans lequel l'épreuve de Rivalta est fortement positive concordant ainsi avec une réaction polynucléaire bien nette ; pratiquée plus bas au contraire, encore dans la zone mate, mais à sa partie déclive, elle peut donner issue au contenu de l'abcès, au pus et à des gaz.

C'est là un tableau clinique bien défini sans doute, mais combien différent du pseudo-kyste simple ! Les phénomènes généraux sont ici accentués, presque dominants, et l'on comprend qu'ainsi doublé d'infection, le pseudo-kyste du pancréas présente une gravité particulière. L'évolution en effet est conforme à celle des abcès sous-phréniques en général ; elle est rapide et ne

dépasse pas quelques semaines au plus. L'ouverture spontanée à la peau est rare; elle se fait plus volontiers dans la grande cavité péritonéale, ou dans un organe creux, estomac, duodénum, colon ou encore dans les plèvres. De règle, la mort est la terminaison, à moins que le chirurgien n'intervienne d'une façon précoce.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Bien précise, certes, cette symptomatologie semble entraîner naturellement l'esprit vers le pancréas. Pourtant c'est là peut-être l'organe le moins fréquemment en cause si l'on considère toutes les affections de l'abdomen; aussi bon nombre de lésions peuvent donner le change. Dans le cas de pseudo-kyste pancréatique non supuré en effet, le diagnostic, toujours difficile, est à faire d'avec toutes les tumeurs sus-ombilicales, tant médianes que latérales.

Assimilable, à l'inspection, à une ectasie de l'aorte abdominale comme chez notre femme (*Obs.* II) ou celle de Jamin (*Obs.* XXVIII) le pseudo-kyste semble pourtant devoir en être facilement distingué. L'anévrysme est le siège de battements mais avec expansion, la palpation révèle un thrill et l'auscultation un souffle systolique intense. Dans notre observation rien de semblable, les battements systoliques seuls existaient.

L'erreur la plus habituellement commise est de croire à l'existence d'un kyste hydatique du lobe gauche du foie (*Obs.* XV *et* XX). Le siège est analogue dans la région épigastrique, la tumeur est également arrondie, fluctuante ou rénittente et douloureuse. Par contre, la crise initiale manque; mais c'est tout car l'éosinophilie et l'urticaire sont des signes inconstants, et la réaction de Weinberg négative ne saurait être un signe de valeur.

Les tumeurs de la rate ont un siège un peu différent; elles sont situées au début tout à fait sur la ligne axillaire gauche, ont une matité plus étendue, toujours absolue à cause de la non-

interposition d'intestin entre elles et la paroi. Leur développement se fait suivant une diagonale de l'abdomen vers l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Qu'il s'agisse d'un kyste, la tumeur est également lisse et arrondie mais beaucoup plus mobile ; qu'il s'agisse au contraire d'une splénomégalie cancéreuse ou leucémique, la palpation révèle avec une dureté plus ligneuse de la masse, un excellent signe de l'origine splénique de la tumeur : l'aspect crénelé de son bord antérieur.

Kystes du mésentère ou rétropéritonéaux ne seront pas toujours d'une élimination facile ; sanguins, ils relèvent d'un traumatisme et l'interrogatoire les fait soupçonner. D'origine embryonnaire, leur diagnostic est très difficile ; ils sont moins volumineux cependant que les pseudo-kystes du pancréas, leur apparition ne succède pas à une crise douloureuse violente, ils sont plus profonds et bien moins fréquents.

Les kystes de l'ovaire pourraient parfois avoir un siège se rapprochant à l'épigastre, le fait est rare et une manœuvre préconisée par Hartmann permet de nettement les différencier : la position de Trendelenburg montre les kystes de l'ovaire retenus par leur pédicule, tandis que les tumeurs de l'étage supérieur de l'abdomen se déplacent vers le diaphragme, et disparaissent sous les côtes.

D'un diagnostic plus difficile, sont les lésions des voies biliaires ; d'autant plus difficile que souvent dans les antécédents des malades on relève, ainsi que nous l'avons vu, une lithiase plus ou moins nette. L'hydrocholécyste, et l'erreur a été faite chez le malade de Guelliot (*Obs.* XXI) simule alors à s'y méprendre le pseudo-kyste du pancréas. Toutefois son siège est plus nettement et plus franchement à droite ; il ne dépasse pour ainsi dire jamais la ligne médiane et n'empiète pas à gauche ; il est plus mobile, ne paraît pas aussi profond et donne l'impression d'être appendu à la face inférieure du foie. Son apparition suit de très près la colique hépatique, il survient le lendemain, ou le surlendemain au plus tard, tandis que le pseudo-kyste ne met jamais moins de huit à dix jours à se constituer. A l'hydrocholécyste appartient en propre le signe de la collision calculeuse. La grosse vésicule du cancer du pancréas pourra également mais

rarement donner le change. Ici, pas de crise initiale, la marche de la maladie est progressive, la cachexie plus rapide, l'ictère s'installe de plus en plus foncé, autrement important et fréquent que dans les cas absolument exceptionnels où il complique le pseudo-kyste du pancréas ; la tumeur enfin est plus à droite.

L'analogie clinique est encore bien plus grande entre le pseudo-kyste pancréatique et le foyer de péritonite enkysté qu'entraîne la perforation de la vésicule biliaire et du cholédoque d'une part, de l'estomac d'autre part au cours de l'évolution d'un ulcère. Dans ces deux affections il y a des antécédents de douleur au creux épigastrique ou au point vésiculaire ; dans les deux cas la perforation se manifeste par une crise douloureuse intense avec état général mauvais rappelant d'assez près le drame pancréatique, puis après la crise aigüe la région épigastrique est occupée par une tumeur. Un peu différente de celle du pseudo-kyste, celle-ci est plutôt un empâtement irrégulier, plus douloureux, non fluctuant, immobile et surtout mal limitée, à contours peu nets, s'estompant de proche en proche. Ce fut notre première impression chez notre femme (*Obs.* II). Ici la radioscopie est précieuse, surtout dans les cas où l'estomac est en cause ; il y a déformation et immobilité absolue de l'organe, parfois diverticule, et l'évolution de la tumeur est différente, se développant peu à peu s'il s'agit d'un pseudo-kyste, rétrocédant au contraire s'il s'agit d'un foyer péritonitique.

L'ulcère calleux et le cancer de l'estomac seront aussi parfois une cause d'erreur, mais leur tumeur est moins régulière et la radioscopie montre une participation importante de l'estomac à la tumeur. Le néoplasme colique, en général plus bas situé, entraîne des troubles d'excrétion absents dans le pseudo-kyste. Le lavement baryté et l'insufflation du colon montreront ici nettement une stricture au niveau de la lésion. L'examen du sang pourra en outre et dans le cancer surtout, montrer une anémie globulaire notable, laquelle n'existait pas chez notre seconde malade (*Obs.* II).

Plus rare sera l'erreur qui consiste à prendre le pseudo-kyste pour une hydronéphrose ou une tumeur du rein. Pourtant cette confusion s'est vue une fois chez le malade de Bazy, et était due,

à son dire, à la présence d'urée au sein du liquide retiré par ponction. La tumeur rénale ou hydronéphrétique est plus latérale, plus profonde et donne toujours le contact lombaire : pour absents qu'ils peuvent être les troubles urinaires n'en existent pourtant pas moins dans la majorité des cas, débacles urinaires lorsque la tumeur s'affaisse dans l'uronéphrose intermittente, pyurie, si l'uronéphrose est infectée ; dans tous les cas douteux le cathétérisme urétéral doit être fait et sera d'un précieux secours.

Toutes ces causes d'erreur éliminées, reste à déterminer l'origine pancréatique de la lésion. Elle n'est pas encore certaine ; elle s'impose pourtant à l'esprit et doit être discutée. L'on pense alors à la possibilité soit d'un pseudo-kyste, soit d'un kyste vrai glandulaire. Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ses trois variétés, cystoadénome, épithélioma kystique, kyste par rétention, ce dernier a un début progressif et insidieux. La tumeur se développe peu à peu simultanément aux douleurs, qui en général sont peu intenses et son apparition n'est pas précédée d'une phase aigüe. C'est encore là, on le voit la crise initiale et l'intervalle libre qui feront le diagnostic ; au pseudo-kyste, seul, appartiennent en propre ces deux signes cardinaux.

Si le pseudo-kyste est suppuré, le diagnostic clinique porté est en général et à juste titre celui d'abcès sous-phrénique ; il en fut ainsi dans notre observation n° 1, où le médecin très éclairé d'ailleurs, nous l'adressa avec cette épithète. Mais ce n'est que bien rarement que l'origine en est rapportée au pancréas. On pense à une perforation de l'estomac, du duodénum, des voies biliaires ou encore à un abcès sous-phrénique d'origine appendiculaire. Ici il faut serrer de près l'interrogatoire. Si celui-ci ne révèle aucun passé gastrique ou duodénal, si la crise initiale a été franchement épigastrique et non un peu à droite, si enfin et surtout, la formation de l'abcès sous-phrénique a laissé entre lui et la crise initiale un intervalle libre assez long, l'attention doit être fortement attirée vers le pancréas... Les signes précédemment énumérés existent en effet, que le pseudo-kyste soit suppuré ou non, et c'est en résumé l'histoire de la maladie avec ses trois stades de crise extrêmement intense au début, de période

d'attente ensuite, et enfin de tumeur se succédant, puis l'étude minutieuse des caractères cliniques et radioscopiques de cette dernière, qui pour un esprit averti, conduiront à la présomption d'une lésion pancréatique dont le pseudo-kyste est la manifestation habituelle. L'intervention ne fera alors que confirmer un diagnostic établi sur des bases vraiment solides.

CHAPITRE VII

Pronostic

Le pronostic des pseudo-kystes est de règle grave si un diagnostic tout au moins de présomption n'est pas établi d'une façon précoce, et si l'intervention n'est pas mise en œuvre. Il peut être basé sur l'intensité des phénomènes du début, mais surtout sur la rapidité de la formation du kyste. L'apparition précoce de ce dernier, son volume particulièrement considérable, l'intensité des réactions péritonéales qui l'accompagnent, sont autant de facteurs de gravité.

Son siège a moins d'intérêt. Sa purulence par contre reste la base véritable du pronostic, puisqu'elle provoque des phénomènes d'infection générale d'abord, des réactions de voisinage, pleurales surtout ensuite, enfin une tendance à l'ouverture spontanée qu'il importe avant tout de prévenir.

Rappelons enfin qu'en elle-même l'atteinte pancréatique pour partielle qu'elle soit, affecte à un haut degré l'état général ; l'amaigrissement si rapide, indiqué dans toutes les observations et dans les notres en particulier en est une preuve. Ajoutons pourtant qu'une telle lésion peut être relativement bien tolérée, témoin l'observation de Bazy où l'intervention ne fut pratiquée que trois ans après le début des accidents.

CHAPITRE VIII

Traitement

A pareille lésion quelle thérapeutique opposer? Il va de soi, que les moyens médicaux ne sont d'aucun secours et que dès le diagnostic posé non pas seulement ferme, mais probable, le malade doit être confié au chirurgien. « Ubi pus, ubi evacua », dit un vieux proverbe : ajoutons que, même non suppurée, la collection doit être évacuée pour parer à toute éventualité.

Plusieurs procédés ont été employés jadis; mais Nimier dès 1893, a fait justice au moins de deux : la simple ponction d'abord qui aveugle exposait à des désastres en blessant des organes abdominaux importants tels que l'estomac, le colon, le duodénum, les voies biliaires ou les vaisseaux tapissant la surface de la tumeur; le procédé de Récamier ensuite qui consistait à ouvrir la collection au moyen d'un caustique chimique appliqué au point culminant de la tumeur.

Actuellement et tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours. Mais elle nous présente deux choses à considérer : la voie d'accès d'abord, la conduite à tenir en face du pseudo-kyste ensuite.

Guinard (*Obs.* VII) opéra son malade par voie transpleurale, mais l'auteur lui-même, tout en ne voyant à cette méthode aucun danger, ni contre-indication précise, reconnaît qu'elle ne convient qu'à certaines formes. Elle a été fortement combattue par Desjardins, Villard, Lecène, Lenormant et enfin Delbet. Celui-ci d'ailleurs préconisait jusqu'en ces derniers temps la voie lombaire. Elle nécessite le décollement des colons, et le passage entre le rein et le gros intestin, donne un jour moins grand, mais

plus de sécurité pour les lésions infectées. Elle n'a d'ailleurs été employée que rarement, par Giordano (*Obs.* XI) et par Bazy (*Obs.* XX), alors qu'il croyait avoir affaire à une hydronéphrose. Mais devant l'intégrité du rein et du bassinet, ce dernier referma son incision pour aborder la collection par voie antérieure transpéritonéale. C'est cette dernière en effet qui, aujourd'hui, rassemble tous les suffrages, et dans nos observations elle a été employée 28 fois. Qu'elle soit transversale, qu'elle soit verticale médiane ou para-médiane, l'incision doit passer par le point culminant de la tumeur. « Pour me résumer, déclare P. Bazy à la Société de Chirurgie, je terminerai en disant que c'est par la voie par laquelle ils paraissent les plus accessibles, qu'il faut aborder les kystes du pancréas et la voie antérieure me paraît la plus fréquemment utilisable et employée ».

L'abdomen ouvert, l'opérateur se rend compte immédiatement des connexions de la masse, de ses adhérences et de la voie d'accès possible, épiploon gastro-hépatique, gastro-colique, espace sous méso-colique.

Dès lors, quelle conduite adopter ? Faut-il extirper, faut-il seulement drainer par marsupialisation simple ? Avant 1911, alors qu'il était surtout question des kystes néoplasiques, les pseudo-kystes spontanés surtout étant à peine isolés, tous les chirurgiens se rangeaient à l'avis d'une extirpation totale, de préférence à l'extirpation partielle ou à la marsupialisation. Mais à la Société de Chirurgie, Quénu écrit dans son rapport : « En réalité, l'extirpation n'est ni nécessaire, ni réalisable. Elle n'est pas réalisable parce que les kystes ont non une paroi propre, mais une paroi d'enkystement. Elle ne devient possible qu'avec une évolution gastro-colique et surtout une localisation dans la queue du pancréas et une certaine pédiculisation. Il n'est donc indiqué de s'embarquer dans une tentative d'extirpation que si l'examen attentif des rapports et de la nature du kyste, fait supposer que l'extirpation pourra être totale. Il n'y a en effet aucun avantage à pratiquer une opération d'extirpation partielle ». Telle doit être aujourd'hui la ligne de conduite de tous les chirurgiens.

L'incision abdominale donne, dans un premier temps, accès

sur le kyste. Dans un second une ponction au trocart de Potain permet d'évacuer la collection sans inonder la plaie et la grande cavité abdominale par le liquide qui est si souvent infecté. Dans un troisième temps enfin, le chirurgien place au fond de la cavité un gros drain de façon à diriger sur l'extérieur les sécrétions et à éviter la rétention. Il ne semble pas nécessaire de suturer à la peau les bords de l'incision kystique, les adhérences préexistantes suffisent à protéger la cavité péritonéale ; d'ailleurs la chose est difficilement réalisable à cause de la très grande friabilité des tissus. Cette marsupialisation a l'énorme avantage d'être une intervention rapide, et d'éviter dans la mesure du possible le shock opératoire. Ses résultats d'ailleurs sont encourageants puisque la statistique de Goebel, déjà ancienne, donne une mortalité totale de 3 0/0 seulement contre 55 0/0 pour l'extirpation partielle. Dans nos observations, qui sont plus récentes nous ne relevons que deux morts sur-vingt huit marsupialisations et pourtant quelques-uns des malades, tel le notre (*Obs.* I), semblaient dans un état précaire.

Les suites opératoires sont le plus souvent simples, un liquide séro-sanguinolent s'écoule les premiers jours, et dans les cas favorables la guérison survient rapidement en moins de deux mois en moyenne. Mais il n'en est pas toujours ainsi et parfois s'établit une fistule pancréatique par où s'écoule en quantité importante du suc qui corrode les téguments. Cette fistule est en général temporaire et ne dure pas; au bout d'un temps variable et qui peut aller jusqu'à six mois (*Obs.* XX) elle se tarit spontanément. Dans des cas assez rares (*Obs.* XXI) elle persistait deux ans après l'intervention ; chez une malade de Michon, elle existait encore trois ans après.

Il convient alors de traiter cette complication et pour ce, trois méthodes sont à employer : le régime antidiabétique, l'injection de liquides modificateurs dans le trajet fistuleux et l'intervention chirurgicale.

Le régime est celui des diabétiques simples, composé de viande, bouillon et graisses à l'exclusion de tout hydrate de carbone. Il n'a pas semblé chez la malade de Michon donner de résultta appréciable.

Pas plus heureux fut le traitement par injections de liquides modificateurs. Basé sur les célèbres expériences de Claude Bernard, il se résume dans l'emploi d'injections de beurre fondu ou d'huile qui auraient la propriété de détruire la glande pancréatique. Les injections sont faites tous les deux jours et peuvent être continuées sans inconvénient un assez long temps.

Enfin, dernière ressource, si ces moyens échouent, c'est l'intervention chirurgicale et l'abouchement du trajet fistuleux sera pratiqué dans un organe creux. Il a été fait par Michon dans l'estomac et son malade a guéri.

Mais cette question du traitement des pseudo-kystes du pancréas n'est pas encore définitive. En effet, en 1919, à la Société de Chirurgie, Lecène, tout en recommandant la marsupialisation considère comme incomplète cette intervention. De fait elle ne s'adresse qu'au pseudo-kyste et non à sa cause et dans son rapport du 19 février il déclare, que « la conduite rationnelle dans ces cas c'est d'agir sur les voies biliaires en les drainant après les avoir explorées » et il ajoute : « Si l'on ne peut, à cause de l'état du malade tout faire en une fois il faut remettre à un second temps le drainage des voies biliaires, mais il est essentiel de le faire. » Sur ce point il est d'accord avec les chirurgiens américains. Archibald déclarait en même temps : « L'essentiel dans le traitement des pancréatites consiste à assurer une soupape de sûreté sur l'appareil excréteur biliaire. »

Telles sont les tendances chirurgicales actuelles. Chez notre premier malade, nous n'avons pu explorer les voies bilaires ; chez notre femme nous n'avons pas cru devoir drainer la vésicule, l'exploration ne nous ayant rien montré d'anormal ; pourtant la guérison se maintient depuis 18 mois pour le premier et près de 8 mois pour la seconde.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle, en collaboration avec le Professeur Denéchau)

Le nommé B .., cultivateur, âgé de 33 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 14 juillet 1922, pour douleurs et tumeur de l'hypocondre gauche ; sans antécédents héréditaires ni collatéraux, le malade est célibataire et nie toute syphilis. Personnellement, il a eu une bronchite au régiment en 1909.

La maladie actuelle débute de façon absolument brusque; sans aucun prodrome, en pleine santé, le 18 juin 1922, au moment de se mettre au lit, le malade ressent une douleur intense, à crier, dans l'hypogastre, douleur étendue transversalement à toute la région sans prédominance aucune, ni à droite, ni à gauche. Cette douleur l'oblige à la position en chien de fusil, elle est exagérée par la pression. Concuremment, pas de vomissements, légère constipation sans rétention des gaz, pas de température. Les urines restées abondantes sont, dit le malade, rouge foncé mais non hémorragiques. Cette douleur se calme cependant vers le matin, et, le 19, le malade est seulement fatigué. Le 20, au matin, nouvelle crise, même douleur, mais cette fois localisée à la base du thorax dans la région axillaire gauche; la respiration est un peu gênée, mais il n'y a ni toux, ni expectoration, ni température. Comme la précédente, cette seconde crise dure peu et se passe la nuit suivante.

Le malade se repose quelques jours seulement et reprend son travail, somme toute, assez bien portant. Mais l'accalmie n'est pas de longue durée et, vers le 10 juillet, les douleurs reprennent étendues à toute la base thoracique gauche; le malade légèrement amaigri se sent fébrile ; de fait, la température monte le soir à 38°4. Le médecin traitant constate une matité à la base gauche, il pratique une ponction tout à fait dans les derniers espaces intercostaux et retire un liquide louche et hémorragique; il porte alors le diagnostic d'abcès sous-phrénique et envoie le malade à l'hôpital.

A son arrivée, le 14 juillet, le malade est asthénié, un peu anémié et amaigri. A l'examen du thorax, on note :

1° Une ampliation considérable de la base du thorax gauche;

2° Une voussure très marquée au-dessous du rebord costal ;

3° Enfin, une matité absolue remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate dont la limite supérieure épouse la forme d'une courbe de Damoiseau, et dont la limite para-vertébrale franchit obliquement la ligne médiane, laissant du côté gauche un triangle supérieur sonore et formant du côté droit un petit triangle inférieur mat. Mais chose curieuse, cette matité tourne dans l'aisselle et remonte en avant jusqu'à atteindre le second espace intercostal. Bien plus, en avant, au milieu de cette matité sur le bord gauche de la région précordiale, il existe une petite aire de sonorité tympanique très caractéristique. Large environ comme une petite paume de main, cette zone sonore est absolument mobile, se plaçant sur la ligne axillaire dans le décubitus latéral droit et disparaissant dans la position génu-pectorale. Sommet gauche et hémithorax droit sont normaux. Les vibrations conservées à droite et au sommet gauche sont abolies de ce même côté depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est aboli dans toute la zone mate en arrière avec souffle pleurétique surtout expiratoire au niveau du hile et quelques râles fins et superficiels dans la région sus-épineuse. Dans l'aisselle, et en avant, souffle bronchique intense presque amphorique sans bruits surajoutés, sans tintement métallique, ni succussion hippocratique. A la base droite, souffle expiratoire à timbre élevé mais semblant n'être que la propagation du souffle du côté opposé.

L'abdomen présente une voussure très marquée immédiatement sous le rebord costal gauche; et à ce niveau on perçoit une masse absolument indolente et rénittente, occupant tout l'hypocondre et le flanc. D'une matité hydrique, cette masse à son bord supérieur inaccessible et non délimitable se confondant avec la matité thoracique, le bord inférieur au contraire est bien net, il est horizontal et descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Le reste de l'abdomen est souple.

Le foie est normal, la rate ne peut être perçue à cause de la tumeur. Les urines de quantité normale ne contiennent pas de sucre mais présentent un léger trouble d'albumine indosable au tube d'Esbach.

L'examen radioscopique nous donne les renseignements suivants : cœur très dévié à droite, débordant le sternum de ce côté de trois travers de doigt. Hémithorax gauche opaque dans ses 3/4 inférieurs. Mais au milieu de cette opacité se voit un espace clair à limite supérieure convexe, à limite inférieure horizontale et fluctuation très nette. Au-dessus comme au-dessous opacité absolue.

Le malade présente de plus une température oscillante entre 37°,5 et 38°,5; il accuse des douleurs assez violentes dans la région de

la tumeur, il a un peu de dyspnée, une toux superficielle sans expectoration.

Devant ces signes cliniques indiquant l'existence d'une pleurésie incontestable, une ponction est faite au lieu d'élection et ramène du liquide citrin, dont l'examen montre une réaction à la fois à polynucléaire et à lymphocytes. Cet épanchement est évacué; il était constitué par plus d'un litre et demi de liquide. Mais la matité persiste ainsi que la zone sonore mobile de la partie antérieure, laquelle a plutôt tendance à augmenter. On pense à la possibilité d'une seconde poche sous-phrénique celle-là. Une seconde ponction est faite tout à fait à la base du thorax en arrière, elle ramène cette fois un liquide louche brunâtre et fétide. Le diagnostic d'abcès sous-phrénique est alors porté et sans plus attendre, sans nouvelle radioscopie, le malade est passé en chirurgie pour y être opéré.

L'opération est pratiquée, le 20 juillet 1922, par le Professeur Brin, sous anesthésie à l'éther. Incision antérieure de 10 centimètres environ le long de la huitième côte gauche; résection de cette côte depuis son extrémité cartilagineuse jusqu'à 8 centimètres en dehors. On tombe sur une tumeur inflammatoire sans paroi propre très distendue. L'incision large au bistouri donne issue a plus d'un litre de liquide sipureux, très fortement hémorragique, presque noirâtre, extrêmement fétide avec quelques gaz. On néglige l'exploration de la poche, le malade étant très fatigué, et on place dans l'incision deux drains et une mèche. Le liquide retiré, fortement purulent, n'a pu être examiné, mais devant le siège de cette collection, devant la nature hémorragique du liquide, force nous est de nous rallier à l'idée d'un pseudo-kyste du pancréas.

Les suites opératoires furent bonnes: lavage quotidien de la cavité qui ramène quelques débris hématiques. Le huitième jour, la plaie opératoire est belle, mais les signes de l'épanchement pleural persistent quoique moins importants. Le 20 août, aucun signe pulmonaire ne subsiste et, le 15 octobre 1922, le malade quitte l'hôpital complètement cicatrisé.

OBSERVATION II

(*Personnelle, en collaboration avec le* Professeur Denéchau)

Mademoiselle S..., 36 ans, ouvrière, entre à l'Hôtel-Dieu, le 28 mars 1923, pour tumeur abdominale sus-ombilicale.

Sans antécédents héréditaires, elle n'a présenté aucune maladie dans son enfance. Réglée à 13 ans, régulièrement, elle a eu la diphtérie

à 18 ans, et la grippe, en 1918, à 32 ans. A 34 ans, elle a été prise tout à fait insidieusement de troubles dyspeptiques caractérisés par une faim douloureuse et insatiable, à peine calmée par un repas copieux; cette sensation pénible se reproduisait rapidement en moins d'une heure, pour persister continuellement jour et nuit. Pendant tout ce temps la malade n'a eu ni vomissement, ni constipation, ni diarrhée, ni moeléna. Cette période dura six mois, de mai à septembre 1921, pendant lesquels les règles, diminuées seulement les premiers temps, furent supprimées en août et septembre et la malade engraissa d'une façon considérable d'environ 20 kilos, dit-elle. Soumise alors à un traitement opothérapique, la malade voit tous ses symptômes digestifs s'amender, son poids revenir à la normale et ses règles réapparaître. Elle reste ensuite bien portante jusqu'en février 1823, date à laquelle remonte le début de l'affection actuelle.

Précédée de vomissements abondants durant la journée du 21, la maladie débute brusquement le 22. Alors qu'elle est encore couchée, la malade ressent soudain une douleur extrêmement violente, transphyxiante sans aucune irradiation, dont le siège est situé sur la ligne médiane à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Cette douleur nécessite pendant deux jours consécutifs des injections de morphine et s'accompagne de vomissements alimentaires incessants sans hématémèse. Il y a arrêt des matières et des gaz, mais pas de perte de connaissance. Elle persiste environ trois jours avec la même intensité, puis diminue progressivement pour faire place à une sensation de pesanteur épigastrique en même temps que la malade a des selles abondantes alternativement foncées et plus claires, mais très fétides. Au bout de huit jours environ, toute douleur étant disparue, la malade rentre dans une période subfébrile, la température oscillant entre 37°,5 et 38°,5. Cet état dure environ trois semaines au bout desquelles elle s'aperçoit que toute la région sus-ombilicale est un peu augmentée de volume, et occupée par une masse énorme, dure, un peu douloureuse au palper. C'est avec ces symptômes que la malade entre dans le service le 28 mars 1923.

A l'examen, malade de bon aspect général encore malgré un amaigrissement important, de faciès plutôt coloré, sans température. Anorexie légère, sans électivité avec pesanteur épigastrique constante, ne constituant pas une vraie douleur, mais accentuée par l'ingestion d'aliments quelconques même liquides. Constipation marquée remontant au début de la maladie. Langue un peu sèche, très saburrale. L'abdomen, non distendu dans sa totalité, nous montre, occupant la région épigastrique une voussure légère, un peu plus développée à gauche de la ligne médiane qu'à droite, et animée de battements synchrones du pouls. La palpation peu douloureuse, révèle la présence d'une masse de la grosseur d'une tête de fœtus, régulière,

arrondie, assez nettement limitée, surtout à droite, rénittente, occupant toute la région épigastrique et la partie supérieure de la région ombilicale. Cette masse, nettement séparée du rebord costal droit, plonge sous le rebord costal gauche où elle occupe la moitié interne de l'espace de Traube. Elle est totalement immobile dans le sens latéral, suit les mouvements respiratoires, mais ne donne pas le contact lombaire. La main empaumant cette masse perçoit des battements systoliques, mais il n'existe pas d'expansion et l'auscultation ne révèle aucun souffle. Cette tumeur est mate en son centre, submate seulement sur ses bords gauche et inférieur; à l'épigastre sa matité se confond avec celle du foie. Celui-ci d'ailleurs semble un peu gros; sa limite supérieure atteint la 8e côte et son bord inférieur déborde le rebord costal d'environ un travers de doigt sur la ligne mammaire. Plus vers la ligne médiane il est difficilement délimitable à cause de la tumeur, qui vient à son contact. Pourtant, il ne me semble pas y avoir continuité entre les deux, celle-ci paraissant vraiment d'une consistance plus molle. Rate percutable sur trois travers de doigt dans chaque sens, située très en arrière et séparée de la tumeur en avant, par une large bande de sonorité. Matières fécales consistantes, moulées, jaunes, dans lesquelles le Weber et le Meyer sont trouvés négatifs.

Appareil circulatoire normal. Pression au Lian Mn 7, Mx 12. Examen du sang : globules rouges, 4.154.000; globules blancs, 7.750 avec formule leucocytaire normale; Wassermann du sang négatif. Appareil respiratoire, système nerveux et organes des sens sont normaux. Oligurie notable depuis le début de la maladie, 5 à 600 grammes d'urine par jour sans pollakiurie. L'analyse donne les résultats suivants : densité 1.024, réaction acide, urée 15 gr. 20 pour 1.000, chlorures 11 gr. 10 pour 1.000, traces sensibles d'albumine et d'urobiline, mais ni glucose, ni indol, ni scatol, ni pigment, ni acides biliaires.

Un premier examen radioscopique montre :

1° Les poumons normaux, mais le cul-de-sac pleural gauche s'ouvrant moins bien que le droit;

2° Le cœur et l'aorte normaux;

3° L'estomac sans liquide résiduel à jeun. Avec une bouillie opaque il prend la forme en corne très arrondie, dont le bas-fond descend un peu au-dessous de la ligne bis-iliaque. La petite courbure semble encadrer la tumeur et être immobile. Contractions normales, évacuation assez rapide. Trois heures après, la bouillie a complètement quitté l'estomac et se trouve mi-partie dans le grêle, mi-partie dans le cœcum.

28 Avril 1923. — Les signes cliniques n'ont pas varié malgré le repos et les applications chaudes. On perçoit toujours la même masse épigastrique sensiblement aussi volumineuse mais devenue indolore.

Weber et Meyer négatifs dans les selles. Un nouvel examen radioscopique nous donne les renseignements suivants :

1° Avec une potion de Rivière, dilatation du 1/4 supérieur de l'estomac, toute la partie inférieure semblant gênée dans son expansion ;

2° Avec une bouillie opaque, l'estomac dessine la forme d'un croissant mince à concavité tournée vers la ligne médiane, sans encoche ni diverticule. Les parois en sont régulières. La pression n'amène aucune dilatation de ce croissant mais fait refluer la bouillie dans le 1/4 supérieur de l'estomac qui se laisse dilater. La petite courbure épouse les contours d'une zone d'opacité qui correspond à la masse abdominale ; aucune dissociation n'est possible d'ailleurs entre celle-ci et l'estomac. Mobilité de haut en bas, spontanée nulle, mais provoquée assez nette ; mobilité latérale absolument nulle. Début de passage au pylore pendant l'examen ; 3 heures après, l'estomac est totalement vide, la bouillie occupe en entier les anses grêles.

En face d'un tel tableau clinique le diagnostic d'ulcère de l'estomac perforé semble s'imposer. L'on en retrouve le passé ancien, la crise récente à début brutal, c'est d'ailleurs sous cette étiquette vraisemblable que la malade nous a été adressée par son médecin traitant. Mais cette masse sentie si nettement en ses limites, si volumineuse, située tellement en avant et à gauche de la ligne médiane ne rappelle que de bien loin un ulcère calleux qui devrait alors être géant. Or, la radioscopie ne montre aucune trace de diverticule qui ne manque guère en pareil cas, aucune encoche, elle indique seulement que l'estomac est engangué dans une masse avec laquelle il fait corps Aussi, averti par l'observation précédente, présente encore à notre mémoire, discutons-nous la possibilité d'un pseudo-kyste et c'est avec ce diagnostic probable que nous faisons passer la malade dans le service du Professeur Brin qui, partageant entièrement notre façon de voir, se décide à l'opérer sans retard.

Intervention, le 5 mai 1923, sous anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'ouverture de la cavité abdominale on tombe sur une masse arrondie, violacée, dure, tendue, mais pourtant rénittente, bombant entre le foie et l'estomac, adhérente à ces deux organes et fortement fixée à la profondeur. Les vaisseaux de l'épiploon gastro-hépatique sont volumineux. Ponction au Potain, puis ouverture sur quelques centimètres. Asséchement de la poche ; après exploration de la vésicule biliaire qui est grande mais de couleur normale, on marsupialise la cavité. Drains et mèches dans celle-ci. On a recueilli environ un litre de liquide peu visqueux, brun, de réaction neutre, contenant du sang et des phosphates en qualité importante et émulsionnant les graisses.

Suites opératoires immédiates normales avec suintement séro-san-

guinolent. Le 1er juin, brusquement température 39°, douleurs abdominales, vomissements, phénomènes péritonéaux. On explore la plaie et au moyen d'un drain on évacue un flot de liquide louche. La température tombe immédiatement ; le 25 juin, suppression du drain ; le 3 juillet la plaie est complètement cicatrisée. La malade sort totalement guérie le 5 juillet. Elle ne présente plus aucun trouble digestif, ni aucune douleur ; revue à plusieurs reprises depuis, elle reste complètement guérie.

OBSERVATION III

Docteur Brin (*Archives médicales d'Angers*, 1903).

Kyste abdominal suppuré à bacille pyocyannique pur

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, sans antécédents. Au cours de de l'année 1889, elle s'aperçoit que son abdomen augmente de volume. Vers le mois de janvier 1900, elle éprouve quelque difficulté à se baisser, mais comme l'état général se maintient bon, elle ne consulte pas. En mars 1900, elle ressent des douleurs dans la région de la tumeur en même temps que son ventre grossit à nouveau.

A l'examen on trouve une tumeur ayant son siège dans l'hypocondre gauche, empiétant sur l'épigastre et la région ombilicale, dépassant dans le sens transversal la ligne médiane et descendant verticalement dans le flanc gauche. Cette tumeur est arrondie, douloureuse, rénitente, légèrement mobile dans les sens latéral et antéro-postérieur. Matité de la base gauche du thorax en arrière, matité qui se prolonge dans le flanc. Douleur et dyspnée, aucun autre signe fonctionnel ; pas de phénomènes digestifs ou urinaires, pas de température.

Le diagnostic étant hésitant entre un kyste de la rate ou un kyste du pancréas, l'intervention est décidée et pratiquée. Incision médiane sus et sous-ombilicale ; la tumeur bombe au-dessus du colon transverse, refoulé en bas et est recouverte par l'épiploon gastro-colique parsemé de vaisseaux volumineux. Adhérences intimes de la poche aux organes voisins. La ponction donne issue à plus de deux litres et demi de liquide purulent, d'une couleur verte spéciale. Pinces et tampons sur l'orifice du kyste. Fermeture de la paroi autour de ceux-ci.

Après un soulagement immédiat, la collection se reproduit suivant les prévisions ; 15 jours après la première intervention il y a gonflement de la paroi et température élevée, on fait alors une incision dans le flanc gauche, de façon a drainer la poche. Le pus, cette fois, est noirâtre et d'odeur nauséabonde.

Guérison en deux mois, sans complications. Le liquide contenait du bacille pyocyanique à l'état de pureté.

OBSERVATION IV (Résumée)

DELAGÉNIÈRE (*Soc. de Chir. de Paris*, 28 février 1900)

Homme, âgé de 35 ans. Antécédents de bronchite à 23 ans, et d'ictère à 27 ans. Depuis cet ictère, il a trois ou quatre fois par an des crises douloureuses d'une durée de un à deux jours, avec vomissements. La douleur naît à l'épigastre et s'étend à tout l'abdomen. Vers le 10 septembre 1899, il a une crise identique mais plus importante qui dure une douzaine de jours. A la suite, il perçoit une tumeur à l'épigastre, qui, d'abord située à droite de la ligne médiane se développe et s'étend à gauche; en même temps douleurs violentes et vomissements.

Malade au teint terreux, amaigri; douleurs à l'épigastre, dans les reins et dans la région lombaire. Voussure de l'hypocondre gauche. A ce niveau on sent une tumeur du volume de la tête à limites nettes, un peu à droite de la ligne médiane et dépassant en bas l'omibilic. A gauche, la limite se perd sous les côtes, cette tumeur est fixe et douloureuse, surtout dans la région ombilicale. Elle est fluctuante, mate en son centre; au-dessus et au-dessous sonorité. Urines et autres appareils normaux. Fonctions digestives supprimées, selles non graisseuses.

Intervention le 20 octobre 1899. — A gauche de la ligne médiane incision verticale. L'épiploon recouvre la tumeur, on l'incise ; celle-ci est grisâtre, à peine fluctuante tellement elle est tendue ; l'estomac très adhérent à la tumeur est refoulé en haut, le côlon en bas. Ponction : trois litres de liquide brun, mousseux, qui ne se coagule pas. Les parois sont épaisses, tapissées extérieurement par de gros vaisseaux ; les adhérences sont intimes avec les organes voisins rendant toute décortication impossible. Marsupialisation. La cavité s'étend jusqu'à la colonne lombaire et contient quelques débris et fausses membranes brunâtres. Suites opératoires normales ; cicatrisation le 1er décembre 1899.

Liquide opératoire brun, visqueux, de densité 1.023, de réaction alcaline, et qui contient du sang, de l'albumine, de l'urée, de la cholestérine. Histologie de la paroi : pas d'éléments glandulaires ; nombreux vaisseaux de nouvelle formation séparées de la cavité du kyste par une couche mince de fibrine coagulée.

OBSERVATION V (Résumée)

ROCHARD (*Soc. de Chir. de Paris*, 29 janvier 1902)

Homme âgé de 63 ans, qui a toujours été bien portant. En mars 1901 il a eu des douleurs violentes par crises dans la région dorso-lombaire. En mai 1901, la région épigastrique est dure et bombante, une ponction pratiquée alors ramène un litre et demi de liquide brun, chocolat. Mais la tumeur se reproduit peu à peu. A l'examen, en août 1901, fonctionnellement aucun symptôme; cependant, depuis mai le malade a maigri de douze à quinze livres. Tuméfaction de l'épigastre et de l'hypocondre gauche immobile sauf avec les mouvements respiratoires. Cette tumeur est mate, cette matité se confond avec celle du foie en haut et descend en bas jusqu'à l'ombilic.

Intervention le 28 août 1901. — Incision médiane sus-ombilicale. Sous le grand épiploon la tumeur se présente avec le pancréas et les vaisseaux spléniques en avant d'elle. Le duodénum et le pédicule hépatique sont à droite, le côlon transverse et son méso en bas, l'estomac au-dessus. Marsupialisation de cette poche après évacuation de huit litres de liquide environ.

Suites opératoires bonnes, mais l'écoulement persiste encore 5 mois après l'intervention. Examen du liquide : réaction alcaline, présence d'amylase et de trypsine.

OBSERVATION VI (Résumée)

GUINARD (*Soc. de Chir. de Paris*, 20 février 1907)

Il s'agit d'un homme de 35 ans qui, en 1905, présente une orchite syphilitique. Il prend des pilules de protoiodure de mercure; mais comme il supporte mal ce traitement, son médecin lui fait des injections de benzoate de mercure. Au cours de ce traitement, le 6 janvier, après la dixième injection, le malade est pris brusquement d'une violente douleur épigastrique avec diarrhée, douleur si violente qu'on « entend le malade crier de la rue ». Cette douleur à peine calmée par la morphine est exaspérée par toute alimentation même liquide. Quatre à cinq jours plus tard, il existe une petite tumeur à gauche de la ligne médiane au-dessus de l'ombilic; on continue le traitement spécifique. Mais les douleurs continuant et le malade se

cachectisant rapidement, je suis appelé à l'examiner. Le 25 janvier, à l'examen, le malade présente une cachexie extrême, un pouls petit à 120, une température normale, de la diarrhée et de l'intolérance digestive. A l'inspection, on note une tuméfaction entre l'ombilic et le rebord costal gauche. Cette tumeur est lisse, rénittente, encadrée entre deux sonorités; elle est elle-même submate. Une ponction exploratrice ramène du sang poisseux.

Intervention le 24 janvier. — Sous anesthésie au chloroforme, incision antérieure au point culminant de la tumeur; l'épiploon normal au devant de la masse est incisé et suturé à la paroi. Ensuite, on incise la tumeur qui donne issue à une bouillie de caillots noirs, grenus, mêlés de débris grisâtres; pas de liquide, pas d'odeur. Deux drains dans la poche assurent l'évacuation des secrétions.

Suites normales, l'état général s'améliore rapidement et la cachexie régresse. L'examen des caillots n'a décelé aucun micro-organisme.

OBSERVATION VII (Résumée)

GUINARD (*Soc. de Chir. de Paris*, 20 février 1907)

Femme, 33 ans, sans antécédents aucuns. Le 19 décembre 1906, brusquement elle ressent une douleur épigastrique intense avec vomissements; il y a atteinte de l'état général, on lui fait de la morphine. Cette crise dure trois à quatre jours avec température à 38° et pouls rapide à 100 à 140. Le 23 décembre, une petite tumeur apparaît dans l'hypocondre gauche. Le 30 décembre, cette tumeur disparaît mais des signes d'épanchement pleural gauche surviennent avec matité, abolition des vibrations, souffle amphorique et succussion. Il n'y a pas de tintement, pas de bronchophonie; le cœur n'est pas dévié. Petite toux sèche sans expectoration. Une ponction haute ne ramène pas de liquide, mais une ponction profonde dans le neuvième espace ramène des gaz et du liquide fétide. On pense à une pancréatite suppurée.

Intervention transpleurale, la plèvre est indemne; on la refoule en haut; le diaphragme bombe, son incision donne issue à 3/4 de litre environ de pus grumeleux et fétide; drainage. La malade sort guérie, mais avec une fistule, le 1er février 1907. L'examen du pus révèle du colibacille et de gros coccis.

OBSERVATION VIII (Résumée)

DELBET (*Soc. de Chir. de Paris*, 13 mars 1907)

Homme de 43 ans, sans antécédents. Le 17 novembre 1896, il est pris de douleurs brusques et violentes à l'épigastre, mais ces phénomènes s'amendent rapidement et complètement. Trois semaines plus tard, l'examen objectif révèle l'existence d'une tumeur épigastrique plus saillante à gauche qu'à droite. Cette tumeur est tympanique, elle n'est pas le siège de succussion hippocratique, mais il y a tintement métallique.

Intervention le 2 décembre 1896. — Incision du grand droit gauche; l'épiploon gastro-hépatique est adhérent, son effondrement donne issue à des gaz fétides et à du pus. Il n'y a pas de lésion stomacale; marsupialisation. Cicatrisation obtenue le 26 janvier 1897.

OBSERVATION IX (Résumée)

FAURE (*Soc. de Chir. de Paris*, 20 mars 1907)

Il s'agit d'un homme qui a présenté pendant trois mois des troubles gastriques avec douleurs violentes au niveau de l'épigastre, vomissements et amaigrissement progressif et important ayant atteint 50 kilos. A l'examen, malade au teint terreux qui présente dans la région ombilicale une tuméfaction volumineuse, immobile, dure et semblant profonde.

Intervention le 21 octobre 1901. — Une incision médiane antérieure conduit sur une tumeur, située en arrière du grand épiploon. Cette tumeur est formée d'un amas d'adhérences lâches qui se laissent facilement dissocier. Au centre pourtant on trouve quelques débris noirâtres qui semblent occuper la place du pancréas.

Drainage simple. Guérison rapide sans complications.

OBSERVATION X (Résumée)

TUFFIER (*Soc. de Chir. de Paris*, 25 mars 1908)

Il s'agit d'un jeune homme opéré d'un pyopneumothorax sous-phrénique. Le début a été brusque et aigü consistant en douleurs violentes à l'épigastre avec fièvre et état général grave.

Intervention le 11 janvier 1908. — L'incision donne issue à du pus et à des gaz très fétides. Il n'existe pas trace de perforation gastrique; la guérison survient en six semaines par drainage. « Comme il n'y avait pas de symptômes intestinaux ni rénaux, il s'est vraisemblablement agi d'une pancréatite suppurée », déclare Tuffier.

OBSERVATION XI (Résumée)

GIORDANO, (*Arch. mal. ap. dig. II*, p. 23, 1908)

Homme de 57 ans sans antécédents, mais plutôt obèse. Le 11 octobre 1907, à la suite d'un repas copieux, il ressent une tension énorme à l'épigastre et a tendance au collapsus. Puis c'est une douleur intense à l'épigastre; le troisième jour le ventre est ballonné, le pouls filiforme, la température à 38°; il y a albuminurie et constipation. On pense à une occlusion intestinale, mais une purgation déclanche une diarrhée avec adynamie prononcée et hypothermie 35°, 6. Au septième jour frissons et température à 38°, ballonnement du ventre et vomissements bilieux. L'épigastre est distendu avec douleur à la pression à son niveau ainsi qu'en arrière. A ce niveau tympanisme et défense musculaire.

Intervention le 21 octobre 1907. — Incision lombaire gauche; on ouvre une poche d'où s'écoule un verre de liquide purulent, peu fétide, avec débris gangrèneux. Contre-incision sur la tumeur en avant, effondrement de l'épiploon gastrocolique qui donne issue au même liquide qu'en arrière; mais il y a surtout infiltration des épiploons. Drainage des deux côtés, mais mort quelques heures après l'intervention.

Liquide saccharifiant avec très nombreux staphylocoques, quelques streptocoques et des bacilles courts résistants au Gram. L'autopsie démontre bien l'origine de la lésion, au niveau du pancréas qui est en pleine désagrégation nécrotique.

OBSERVATION XII (Résumée)

POTHERAT (*Soc. de Chir. de Paris*, 2 décembre 1908)

Il s'agit d'une femme dont l'histoire clinique n'est pas connue et chez qui le diagnostic de kyste hydatique du rein gauche avait été porté.

L'intervention conduit sur un kyste de l'arrière cavité des épiploons, adhérent à la queue du pancréas et contenant 7 litres de liquide hématique. On pratique l'extirpation de la tumeur avec résection de la queue du pancréas. Mais la malade meurt 48 heures après. L'examen histologique du kyste n'a pas été fait.

OBSERVATION XIII (Résumée)

GUINARD (*Soc. de Chir. de Paris*, 1909)

Le malade est un homme de 64 ans, qui présente des crises douloureuses épigastriques, avec irradiations dans l'épaule gauche, et une tumeur épigastrique, mobile latéralement.

L'intervention permet d'évacuer un foyer de caillots sanguins, siégeant au niveau de la queue du pancréas. Le malade meurt quelques heures plus tard.

OBSERVATION XIV (Résumée)

QUÉNU (*Soc. de Chir. de Paris*, 15 février 1911)

Femme âgée de 36 ans, qui se plaint de douleurs abdominales et présente une tuméfaction épigastrique. Comme antécédents on ne relève que des douleurs légères de l'hypocondre droit en avril 1909 et février 1910, mais n'ayant pas obligé la malade à s'aliter.

Début de la maladie le 23 octobre 1910. Crise soudaine très douloureuse avec vomissements ayant nécessité des injections de morphine. Cette crise dure trois jours; on pense à une colique néphrétique puis à une appendicite, on ordonne le repos et la glace sur le ventre. Les phénomènes s'amendent, mais environ un mois plus tard la malade s'aperçoit d'une tuméfaction à l'épigastre et dans l'hypocondre droit. Elle a alors plusieurs crises douloureuses dans la région de cette tumeur. A l'examen, le 7 décembre, en note : appétit normal, pas de diarrhée, pas d'urticaire, pas de température, à peine d'amaigrissement. Voussure de l'hypocondre droit et de l'épigastre jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; la matité de cette masse se continue avec celle du foie; il y a résistance élastique, flot transthoracique et la palpation démontre un sillon entre le foie et la tumeur. Oligurie, mais les urines ne contiennent ni sucre, ni albu-

mine, ni pigments biliaires. La réaction de Weinberg est négative. A la radioscopie, ascension du foie; l'estomac insufflé refoule le foie à droite mais ne se place pas au devant de la tumeur.

Intervention le 12 décembre 1910. — Tumeur refoulant en avant le pylore et le duodénum et faisant saillie entre le foie et l'estomac. Ponction et incision à droite du duodénum décollé qui donne issue à un litre et demi environ de liquide translucide, louche, mousseux avec débris de pancréas. Suites opératoires bonnes mais cholerragie les premiers jours après l'intervention; guérison totale le 2 février 1911.

Liquide à mononucléaires, à réaction alcaline qui renferme de l'albumine et de l'amylase. Il n'y a ni lipase ni trypsine.

OBSERVATION XV (Résumée)

ROUTIER (*Soc. de Chir. de Paris*, 28 juin 1911)

Il s'agit d'une femme âgée de 40 ans, ayant subi en 1901 une colpo-périnéorraphie. Aucun autre phénomène jusqu'en 1909 à part quelques troubles digestifs, caractérisés par des crises douloureuses épigastriques peu violentes, sans vomissements, sans corrélation avec les repas. En octobre 1909, elle s'aperçoit d'une petit tumeur sous les fausses-côtes gauches. Mais, à ce moment, les troubles digestifs s'amendent. Ils reprennent pourtant en avril 1910. A ce moment la tumeur est assez volumineuse, grosse comme une tête de fœtus, très accessible; elle déborde la ligne médiane à gauche, est immobile et semble donner le contact lombaire. On porte le diagnostic de kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Intervention le 9 juin 1910. — A l'ouverture de l'abdomen on tombe sur une tumeur kystique en avant du côlon transverse. L'incision au travers de l'épiploon gastrocolique donne issue à un litre de liquide noirâtre avec grumeaux. L'extirpation est impossible, la cavité répond à la face antérieure du pancréas. Suites opératoires normales, guérison fin juillet 1910.

OBSERVATIONS XVI et XVII (Résumées)

POTHERAT (*Soc. de Chir. de Paris*, 28 juin 1911)

Il s'agit de deux malades, un homme et une femme, ayant présenté des douleurs épigastriques par crises qu'ils rapportaient à leur estomac; ils étaient amaigris et présentaient chacun une tumeur épi-

gastrique non mobile. Chez les deux existait une légère coloration bronzée des téguments rappelant la teinte que l'on observe chez les malades addisonniens. L'un deux présentait de la glycosurie. Pas de stearrhée.

L'intervention permit d'évacuer, chez chacun de ces deux malades, une collection liquide à contenu hématique, mais sans lambeaux de tissu pancréatique nécrosé et à paroi parraissant continne. La glycosurie disparut très rapidement après l'opération chez le malade qui en était porteur.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

ROCHARD (*Soc. de Chir. de Paris*, 5 juillet 1911)

La malade est une femme de 54 ans, qui présente depuis quatre ans des crises douloureuses épigastriques avec nausées et vomissements. Depuis deux ans, les crises sont plus violentes ; elles se sont accompagnées d'amaigrissement puis de l'apparition d'une tumeur épigastrique à développement progressif. A l'examen, l'épigastre et l'hypocondre gauche sont occupés par une tumeur qui descend un peu au-dessous de l'ombilic ; cette tumeur est lisse, arrondie, fluctuante, douloureuse, et s'accompagne d'albuminurie et de glycosurie.

Laparotomie médiane antérieure : l'estomac recouvre la tumeur. Au travers de l'épiploon gastro-hépatique, on évacue 800 cm³ de liquide séreux un peu louche. Marsupialisation. La glycosurie disparaît, mais une fistule persiste encore au moment où la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIX (Résumée)

BAZY (*Soc. de Chir. de Paris*, 5 juillet 1911)

Homme de 46 ans, dont l'histoire clinique n'est pas connue. Il est envoyé à l'hôpital pour hydronéphrose suppurée, des ponctions ayant été faites et ayant donné un liquide purulent, contenant une grande quantité d'urée.

Intervention en décembre 1907. — Une incision lombaire montre l'intégrité du rein et du bassinet. Fermeture de cette plaie et incision antérieure au point culminant de la tumeur, à 4 centimètres à gauche de la ligne médiane. L'estomac est étalé au devant de la tumeur ; l'épiploon gastrocolique est sillonné de gros vaisseaux, on l'effondre et il s'écoule une bonne quantité de liquide louche, blanchâtre, con-

tenant cependant du sang et des débris graisseux et noirâtres. Marsupialisation. Le liquide n'a pas été examiné, mais la fistule qui s'en suivit donna issue à du suc pancréatique.

OBSERVATION XX (Résumée)

OMBREDANNE (*Soc. de Chir. de Paris*, 12 juillet 1911)

Femme, âgée de 35 ans, dont l'histoire clinique n'est pas connue. Elle présente une tumeur de l'hypocondre gauche qui soulève les fausses côtes. Elle est ronde, lisse, fluctuante, indolore spontanément et à la pression. Son volume paraît pouvoir être comparé à celui d'une tête d'enfant. A droite, elle déborde la ligne médiane de deux travers de doigt ; à gauche, elle s'étend jusqu'à la ligne axillaire. En bas, elle descend à deux travers de doigt au-dessous de la transversale de l'ombilic ; en haut, elle se perd sous le rebord costal. Elle est mate à la percussion. On cherche vainement au dessus d'elle la sonorité colique et gastrique. L'estomac n'a pas subi l'épreuve de la distension. On porte le diagnostic de kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Intervention le 17 novembre 1905. — Laparotomie paramédiane gauche. L'épiploon gastro-hépatique présente un réseau veineux considérable. Au dessous de lui, la paroi du kyste apparaît bleuâtre. La ponction donne issue à quatre litres de liquide hématique, chocolat, sirupeux. L'estomac est en haut et en arrière adhérent, la rate adhère largement, de même que la queue du pancréas. Le paquet vasculaire splénique passe en avant du kyste vers les deux tiers supérieurs. Marsupialisation et drainage. Le liquide qui s'écoule corrode les téguments. Cicatrisation de la fistule six mois plus tard.

OBSERVATION XXI (Résumée)

GUELLIOT (Reims) (*Soc. de Chir. de Paris*, 19 juillet 1911)

Homme, 41 ans, présentant, depuis plusieurs années, des douleurs dans le ventre avec prédominance en haut et à droite. On parla de lithiase biliaire. La douleur était sourde, presque continue avec, par moments, des exacerbations sous forme de sensations de brûlure commençant dans la région sous-hépatique et descendant vers le bas du ventre. En avril 1909, son médecin constate une tuméfaction au-dessous du foie. A l'examen, homme très amaigri. Douleurs cons-

tantes, digestions lentes, pénibles. Au-dessous des fausses côtes, à droite, on voit et on sent une tumeur bien ronde du volume du poing et rénittente. On la prend pour la vésicule biliaire.

Intervention le 3 mai. — Incision verticale sur le bord droit du muscle droit, à droite. La tumeur indépendante du foie repousse au-devant d'elle le duodénum. La ponction donne issue à un verre de liquide orangé. La poche très adhérente est marsupialisée. Six semaines plus tard, ictère passager avec douleur et vomissements. Mais la malade garde depuis deux ans une fistule pancréatique.

OBSERVATION XXII (Résumée)

GUEILLOT (Reims) (*Soc. de Chir. de Paris*, 19 juillet 1911)

Une fillette de 8 ans, consulte son médecin en janvier 1904, pour douleur abdominale vague. Le ventre est sensible avec un léger épanchement et l'on craint une péritonite tuberculeuse. Cinq mois plus tard, le médecin constate une tumeur volumineuse de la région épigastrique.

A l'examen état général bon. Pas de troubles digestifs. Une grosse tumeur arrondie, rénittente, manifestement kystique, occupe toute la région sus-ombilicale débordant un peu plus à gauche qu'à droite et descendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La matité se continue avec celle du foie, mais elle est bien franchement abdominale et n'empiète pas sur la région sous-costale.

Laparatomie le 22 juin 1904. Incision médiane. La tumeur est recouverte d'une couche séreuse mince, contenant de nombreux vaisseaux. Ponction, 1 litre 1/2 de liquide brun rougeâtre. La poche a des parois épaisses avec adhérences intimes à la face antérieure du foie, à l'estomac et au colon transverse. On ne peut enlever qu'une petite partie de la poche. Marsupialisation. Guérison en deux mois sans fistule.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

LE MONIET (Rennes) (*Soc. de Chir. de Paris*, 10 janvier 1912)
(Rapport de M. MAUCLAIRE)

Homme, 24 ans, sans aucun antécédent. Début brusque le 6 juin 1911; dans la nuit, il a des douleurs violentes à l'épigastre et sous les côtes gauches, en ceinture, encerclant le thorax, avec vomissements alimentaires, puis muqueux, qui durent trois à quatre jours et néces-

sitent des injections de morphine. Pas de traumatisme antérieur. Les phénomènes s'amendent jusqu'à permettre au malade de reprendre son travail. Le 17 juin, survient brusquement une crise identique de durée égale, mais sans vomissements, puis des alternatives d'amélioration et de rechute. Vers la fin de juin, une petite tumeur apparaît à gauche de la ligne médiane sous les côtes, elle grossit en dix jours environ.

A l'examen, le 17 juillet, le malade accuse une tension dans le côté gauche, un appétit diminué. Il n'y a pas de stéatorrhée, l'amaigrissement est de dix kilogs en six semaines, les urines sont normales. Du côté de l'abdomen, on note une voussure à gauche sous le bord externe du grand droit allant des fausses côtes jusqu'au niveau de l'ombilic; cette tumeur est lisse, arrondie, résistante mais fluctuante : en haut, elle se perd sous les côtes; à droite, elle dépasse de trois centimètres la ligne médiane; à gauche, sa limite est inaccessible; en bas, elle s'arrête à deux centimètres de l'ombilic; elle est mate, mais encadrée entre deux sonorités supérieure et inférieure. Cette tumeur est peu douloureuse en avant, mais un peu plus dans l'angle costo-vertébral gauche. Une ponction ramène du liquide non hydatique rosé, le diagnostic est alors kyste probable du pancréas.

Intervention le 21 juillet. — Incision verticale à gauche du grand droit gauche. Une ponction au centre du kyste, au travers de l'épiploon gastrocolique, ramène un litre et demi de liquide. Le ligament gastrocolique présente à sa surface de gros vaisseaux, aussi l'on relève le colon transverse et l'on effondre son méso en dessous. Il n'y a pas de paroi propre, le kyste occupe toute l'arrière cavité des épiploons. Finalement, on marsupialise au travers du ligament gastrocolique après fermeture de la brèche mésocolique. Les suites sont normales, sans cholerragie, la cicatrisation est obtenue le 8 septembre.

Le liquide opératoire est clair, alcalin, il contient beaucoup d'albumine, du sang, et a une action digestive, nette, tant sur les hydrates de carbone que sur les graisses et les albumines.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

DELBET (*Soc. de Chir. de Paris*, 19 novembre 1919)

Un homme de 40 ans est pris brusquement d'une douleur abdominale atroce; puis il se remet et constate une augmentation de volume de la partie supérieure de l'abdomen.

Drainage en avant au travers de l'épiploon gastro-hépatique. Guérison rapide.

OBSERVATION XXV (Résumée)

BAZY (*Soc. de Chir. de Paris*, 19 novembre 1919)

Il s'agit d'une femme de 52 ans, sans antécédents, qui s'est aperçue trois ans auparavant d'une tumeur abdominale. Comme celle-ci a tendance à grossir elle vient consulter. A l'examen on note une tumeur de la région sus et sous-ombilicale, plus saillante à gauche qu'à droite; elle est régulière, arrondie, fluctuante, profonde, un peu mobile transversalement, pas du tout dans le sens vertical elle est submate et non douloureuse.

Intervention le 23 mai 1919. — Incision médiane sus et sous-ombilicale. La tumeur est recouverte de l'épiploon gastrocolique ; la ponction donne isue à un litre 3/4 de liquide jaune et filant. Marsupialisation ; la poche explorée répond en arrière au pancréas. Les suites sont normales, la malade sort le 3 juillet mais une fistule persiste.

Le liquide contient de l'urée, des chlorures, de l'albumine des leucocytes, de la cholestérine et des globules de graisse émulsionnée.

OBSERVATION XXVI (Résumée)

LEPOUTRE (*Soc. de Chir. de Paris*, 8 décembre 1920)
(Rapport de DUJARIER)

Garçon de 12 ans, ne présentant aucun antécédent. En novembre 1919 il a deux poussées de furonculose.

Le 31 décembre, brusquement il a une crise douloureuse violente au niveau du flanc droit et de l'épigastre avec vomissements verdâtres. Cette crise dure trois à quatre jours, puis le malade maigrit. Le 28 février 1909, il a une crise douloureuse abdominale nouvelle avec vomissements verdâtres qui fait penser à une appendicite. Le 1er mars, les vomissements sont bilieux, la douleur est surtout accusée au creux épigastrique, il y a température à 37°8, pouls rapide à 120. L'abdomen est sonore. Le 4 mars, on note au cours de l'examen un évasement de la base du thorax gauche coexistant avec une voussure épigastrique. On note à ce niveau la présence d'une tumeur élastique et mate, immobile sur les plans profonds. La tumeur augmente les jours suivants, il n'y a pas d'éosinophilie ; la réaction de Cammidge est positive. La radio n'a pas été faite, mais le diagnostic est : collection de l'arrière cavité probablement d'origine pancréatique.

Intervention le 11 mars 1920. — Incision médiane sus-ombilicale ; dès l'ouverture de l'abdomen le péritoine apparaît avec des taches de bougie. La tumeur repousse l'estomac en avant et bombe entre l'estomac et le côlon ; la ponction ramène trois litres de liquide café au lait avec de gros débris blancs, il n'y a rien aux voies biliaires ; on ne trouve pas de plan de clivage ; on marsupialise ; le liquide qui coule est du suc pancréatique. La cicatrisation complète est obtenue le 1er juin, après injection dans le trajet fistuleux de pâte de Beck.

Le liquide opératoire est du suc pancréatique qui contient en outre quelques globules de pus.

OBSERVATION XXVII (Résumée)

PICQUET (*Soc. de Chir. de Paris*, 19 novembre 1920)
(Rapport de LECÈNE)

Femme de 28 ans, qui présente des coliques hépatiques depuis l'âge de 22 ans. Le 12 juillet 1918, brusquement elle ressent une douleur en coup de poignard au creux épigastrique ; cette douleur s'étend ensuite à tout l'abdomen, et la morphine se montre inefficace ; il y a des vomissements, du ballonnement du ventre, et arrêt des matières et des gaz. Ces phénomènes durent 48 heures, puis s'amendent ; il subsiste cependant une douleur très vive à l'épigastre avec paroxysmes. Dans les jours suivants, la malade présente un amaigrissement considérable. Le 5 août, à l'examen, on note entre l'ombilic et le rebord costal droit une tumeur arrondie, régulière, élastique, sensible, plus grosse que le poing et immobile. Elle est située, mi dans la région épigastrique, et mi dans l'hypocondre gauche ; sa matité se confond avec celle du foie. On pense, sans l'affirmer, à un pseudo-kyste pancréatique.

Intervention le 24 août 1918. — Incision médiane sus-ombilicale avec incision transversale en T. La tumeur est sous l'épiploon gastro-hépatique bloquée dans l'arrière cavité des épiploons. Au cours des manœuvres la poche se rompt et laisse échapper 1/4 de litre de liquide de couleur brunâtre. La cavité est limitée en haut par le foie, en arrière par le pancréas, en avant par la petite courbure de l'estomac et l'épiploon gastro-hépatique. Les parois sont faites de néo-membranes très épaisses ; le fond est formé de caillots noirâtres. Les parois ne peuvent être extirpées qu'en partie ; mais l'examen du pancréas montre qu'il existe une quantité de petits kystes, pour la

plupart à contenu séreux et du volume d'un haricot. Marsupialisation. La vésicule étant bourrée de calculs on pratique une cholécystectomie et un drainage de l'hépatique ; la cicatrisation totale est obtenue en octobre 1919.

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

MM. Cade et Bérard (*in thèse Jamin, Lyon 1923*)

Femme de 58 ans, sans antécédents. En juillet 1922, brusquement elle ressent une douleur assez violente, au creux épigastrique, douleur qui s'accompagne de vomissements alimentaires et bilieux. Il y a d'abord constipation, puis diarrhée. Trois mois plus tard elle s'aperçoit d'une masse occupant l'hypocondre gauche. Le 10 décembre, elle présente quelques vomissements. L'examen à ce moment montre un abdomen ballonné dans sa moitié gauche, et à ce niveau existe une masse de la grosseur d'une tête de fœtus sus-ombilicale occupant l'épigastre et une partie de l'hypocondre gauche. Cette tumeur est profonde et peu mobile, elle a des limites nettes, une consistance rénittente. Son bord supérieur est inaccessible sous les côtes, et elle est animée de battements systoliques, sans expansion. Au point de vue sanguin on note une hyperpolynucléose légère 80 0/0. A la radioscopie, l'estomac a la forme d'un croissant mince enserrant la tumeur dans sa petite courbure. La grande courbure est mobile et le repas bismuthé passe rapidement au pylore. Dans les jours suivants, la masse semble avoir diminué à la palpation, mais l'image radioscopique reste la même.

Intervention le 30 décembre 1922. — Laparotomie médiane. La tumeur refoule en avant le petit épiploon, la ponction donne issue à un demi litre de liquide séro-hématique. On marsupialise la poche dont le fond est occupé par un tissu nécrobiotique. La vésicule contient des calculs qu'on ne touche pas. Suites opératoires normales, cicatrisation le 14 février 1923.

Examen de la paroi. — Celle-ci est constituée uniquement par du tissu conjonctif adulte organisé en lamelles denses. En certains points on note une infiltration inflammatoire discrète. Il existe surtout du côté de la cavité des capillaires abondants et dilatés. On ne trouve nulle part trace d'un épithélium de revêtement.

OBSERVATION XXIX (Résumée)

JAMIN (*thèse Lyon*, 1923)

Femme âgée de 42 ans. En 1908, elle a eu une grossesse avec suites de couches fébriles. A la même époque, elle a présenté de la dysentérie. En 1913, elle présente une crise douloureuse abdominale avec vomissements, fièvre, ictère. Elle est ensuite très bien portante jusqu'en 1921. En août de la même année elle a eu une seconde crise douloureuse avec ictère et fièvre. A partir de novembre 1921, elle a des coliques subintrantes qui procèdent par crises. Les douleurs siègent dans l'hypocondre droit et s'irradient dans la région lombaire et l'épaule droite. Depuis ce mois de novembre, elle présente : 1° un ictère d'intensité variable, avec matières presque toujours décolorées ; 2° une température irrégulière, 3° des vomissements fréquents, muqueux ou bilieux; 4° enfin un amaigrissement de 10 kilogs environ.

A l'examen ictère léger, abdomen distendu; la région ombilicale est occupée par une tumeur du volume d'une tête fœtale à contours flous; cette tumeur est mobile, douloureuse, et submate. Aucun autre symptôme, les urines seulement contiennent un peu d'albumine.

Intervention le 10 juin 1922. — Incision sus et sous-ombilicale; on tombe sur une tumeur volumineuse qui bombe entre l'estomac et le côlon; la ponction ramène deux litres de liquide chocolat. Il y des adhérences intimes au côlon, à l'épiploon et à la grande courbure ; on résèque une petite partie de la poche, on marsupialise ensuite. Suites normales, la cicatrisation est obtenue le 5 août. Le liquide opératoire semble être formé en majeure partie par du sang. A l'examen la paroi est formée d'un tissu fibro-conjonctif assez riche en vaisseaux et en cellules conjonctives. Il n'y a pas d'épithélium de revêtement, pas d'éléments pancréatiques.

CONCLUSIONS

I. — Si parmi les pseudo-kystes pancréatiques les plus fréquents succèdent à un traumatisme, il en est à l'origine desquels l'on ne retrouve pas cette donnée étiologique, nous les appellerons spontanés. Signalés depuis longtemps aux autopsies puis dans des observations et publications diverses, ils ne semblent pas avoir été étudiés d'une façon complète.

II. — Leur constitution anatomique comme celle des pseudo-kystes traumatiques se résume à une paroi fibro-conjonctive réunissant les organes voisins : foie, estomac, côlon transverse, rate. Leur contenu est un liquide presque de règle hématique pouvant renfermer des débris de pancréas, et les ferments de la sécrétion de cette glande. Ils occupent tout ou partie de l'arrière cavité des épiploons.

III. — Leur étiologie comporte d'abord la lithiase biliaire. Elle fut certaine 4 fois sur 20 observations par nous relevées, et probable chez 4 autres malades, soit au total 27,8 pour 100. Recherchée aux interventions comme le demande Lecène elle paraîtra peut-être plus fréquente. Cette exploration pratiquée chez une de nos malades fut pourtant négative. Les autres causes se résument à l'infection, aux intoxications, à l'obésité, à l'alcoolisme.

IV. — La pathogénie comporte une première phase de pancréatite hémorragique, les constatations au cours des autopsies et de certaines interventions, comme certains faits expérimentaux le prouvent. Cette lésion limitée permet la survie; elle n'engendre pas moins une destruction par digestion de la portion pancréatique nécrosée, ouvrant les canaux et les vaisseaux glandulaires; c'est la deuxième phase. Une troisième lui succè-

dera dans laquelle le suc pancréatique et le sang s'épenderont dans l'arrière cavité des épiploons provoquant leur enkystement secondaire par réaction défensive des organes voisins.

V. — Le tableau clinique n'est que l'expression extérieure de ces trois phases successives. A la nécrose initiale, se superpose une crise brutale voisine du drame pancréatique aujourd'hui classique. La phase de destruction insidieuse de la portion nécrosée se marque par une accalmie des symptômes incomplète d'ailleurs, coupée de petits paroxysmes. La durée est d'ordinaire inférieure à un mois, mais peut dépasser trois mois. A la période d'enkystement répond le développement d'une tumeur, à caractères spéciaux.

VI. — Cette tumeur est en fait le symptôme dominant. Elle siège à l'épigastre, le plus souvent à gauche, et occupe tout ou partie de l'hypocondre, elle est alors au-dessous de l'estomac. Plus rarement elle sera encadrée par lui sur son bord inférieur atteignant le foie en haut et à droite. Ses rapports avec l'estomac sont, on le voit, importants. Ils seront recherchés cliniquement et à l'écran, après insufflation ; il en sera de même pour le côlon transverse. L'on étudiera aussi sa consistance en général rénittente, son peu de mobilité, son indolence, son absence de contact lombaire.

VII. — L'évolution est variable. Tantôt le malade garde sa tumeur plusieurs mois ou plusieurs années sans qu'elle le gêne, tantôt au contraire il maigrit, perd ses forces et se cachectise rapidement ; tantôt enfin l'évolution est troublée par l'apparition d'une complication. Parmi celles-ci la rupture est rare ; seule l'infection est fréquente, elle survient dans un tiers des cas environ. Elle modifie alors grandement la symptomatologie, transformant le pseudo-kyste en abcès sous-phrénique ; celui-ci peut entraîner alors par irritation de voisinage un épanchement pleural gauche.

VIII. — Son diagnostic infiniment plus difficile que celui du pseudo-kyste traumatique demande tout d'abord « qu'on y pense. » L'on éliminera assez facilement une ectasie de l'aorte abdominale, une hydronéphrose, un hydrocholécyste, une lésion

périgastrique. La cause d'erreur la plus fréquente est le kyste hydatique du lobe gauche du foie, nous la relevons trois fois nettement indiquée. Deux choses conduiront au diagnostic précis au moins vraisemblablement : l'anamnèse, montrant que cette tumeur a été précédée des deux phases plus haut signalées ; l'étude de l'estomac insufflé ensuite, étude clinique et radioscopique, indiquant son siège rétro-gastrique. Ajoutons que cette tumeur épigastrique à tendance gauche le plus souvent, devient assez facile à étiqueter à qui l'a vue et étudiée une première fois.

IX. — Le pronostic est fonction du plus ou moins de précocité du diagnostic. Ce dernier est-il tôt posé, l'intervention s'impose. Elle n'a donné que trois morts sur les 29 cas que nous avons relevés. Est-il tardif, reste-il en suspens, l'intervention est-elle différée, c'est la cachexie ou la suppuration avec sa gravité qui reste encore relative si l'on opère à temps.

X. — Le traitement est purement chirurgical. Il comporte la marsupialisation simple, l'extirpation impossible pour un pseudo-kyste sans paroi propre ne devant pas être tentée. Nous avons dit le résultat ; la fistule qui peut la compliquer sera traitée médicalement ou si besoin chirurgicalement. Ajoutons avec Lecène, qu'il sera bon d'explorer les voies biliaires et de les drainer parfois ; ainsi sera éludée une récidive possible.

Vu : *Le Doyen*,
H. ROGER.

Vu : *Le Président*,
Ch. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMI, CH. RICHET, SAINT-GIRON. — Recherches sur la pathogénie des pancréatites infectieuses ; voie ascendante et voie descendante. *Soc. Biologie*, 22 octobre 1911.

— Pancréatites hématogènes. De l'élimination des microbes par les canaux pancréatiques. *Soc. Biologie*, 5 novembre 1911.

ANGERS. — *Société anatomique*, 1865.

ARCHIBALD. — La pancréatite expérimentale chez l'animal réalisée par la résistance du sphincter du choledoque. *Surgery Gynecology and obstétrics*, juin 1919.

ARCHIBALD AND GIBBONS. — *Annals of Surgery*, 1921.

BALLIN AND SALTZSTEIN. — Pancréatic cyst following cholecystectomie. *Jour. Amer. Med. Assoc.*, 28 mai 1921.

BAUD et LUGIEN MALLET. — Le pneumopéritoine artificiel en radiodiagnostic. *Bul. officiel de la soc. fr. d'Electrothérapie* et de *Radiologie*, novembre-décembre 1919.

BAZY. — *Bul. et Mem. Soc. de Chir.*, Paris, 5 juillet 1911.

— Contribution à l'étude du traitement des kystes du pancréas. *Bul. et Mem. Soc. de Chir.*, 19 novembre 1919.

BECLÈRE. — Le radiodiagnostic des affections abdominales après insufflation préalable du péritoine. *Paris Médical*, 5 février 1921.

BECOURT. — Thèse Strasbourg 1830.

BEHAGUE A. et P. — Des kystes séreux du pancréas. *Bul. Méd.* 1914.

BERARD. — A propos des pseudo-kystes du pancréas, *Bul. et Mem. Soc. de Chir.*, 17 décembre 1919.

BERARD et CADE. — Considérations cliniques sur le pseudo-kyste du pancréas. *Soc. Méd. des Hôp.* de Lyon, 10 avril 1923.

BINET et BROCQ. — La reproduction expérimentale de la pancréatite par l'injection de sels de calcium dans le canal de Wirsung. *Soc. de Biologie*, 20 mars 1920.

— Pathologie expérimentale du pancréas, la pancréatite hémorragique. *Journ. Méd. Français*, janvier 1921.

BITTORF. — *Mitteilungen aus den Greuzgebieten der Medizin und der Chirurgie*, 1913, page 109.

BOECKEL. — Chirurgie du pancréas ; des kystes pancréatiques, 1891.

— Congrès international de Chirurgie, 1909.

Bos. — Thèse Lyon, 1897.

Bosh Arana, Chutro. — *Boletenos y Trabajos de la Sociedad di Cirigia.* Buenos-Ayres, 1922.

Brin et Papin. — Kyste abdominal suppuré à bacilles pyocyaniques purs. *Arch. méd. d'Angers*, 1903.

Brocq et Morel. — Recherches expérimentales sur la pathogénie des pancréatites aigües, hémorragiques, avec stéatonécrose. *Soc. de Biologie*, 17 mai 1919.

Brocq et Binet. — Pathogénie de la pancréatite hémorragique. *Presse Méd.*, 7 mars 1923.

Carnot. — Thèse Paris, 1898.

Carnot et Amet. — *Société de Biologie*, octobre 1905.

Carslaw. — Acute pancreatitis, followed by the developpment of a pancreatic cyst recovery. *The Lancet*, 16 juillet 1921.

Chabrol. — L'infarctus hémorragique du pancréas par pyléphlébite. *Arch. des Mal. de l'Ap. dig. et de la Nut*, 1913.

— Maladies du foie, du pancréas, de la rate. *Paris Médical*, 20 mai 1922.

Chauffard et Ravaut. — Pancréatites hémorragiques et lésions du pancréas au cours de la fièvre typhoïde. *Arch. de Méd. expérimentale*, mars 1901.

Cholmeley. — *The Lancet*, 22 février 1913.

Coliez Robert. — Le pneumopéritoine artificiel en radiodiagnostic. Thèse Paris, 1901.

Compton and Heber. — Two cases of acute hoemorragie pancreatitis and one of pancreatic abcess. *The Lancet*, 16 juillet 1921.

Congrès International de Chirurgie. — 1900.

Couture. — Thèse Paris, 1910.

De Bersaques. — Un cas de kyste hématique du pancréas sans examen de laboratoire. *Journal médical de Bruxelles*, 3 octobre 1912.

Delbet Pierre. — *Bul. Mem. Soc. Chir.*, 13 mars 1907.

— Pancréatites expérimentales. *Bul.* et *Mem. Soc. Chir.*, 14 janvier 1914

— Sur la pancréatite aigüe hémorragique. *Bul.* et *Mem. soc. Chir.* de Paris, 26 novembre 1919.

— Kystes hydatiques et pseudo-kystes du pancréas. *Journ. des Patriciens*, 1921.

Desjardin. — Thèse Paris, 1905.

Desplas et Villardot. — *Gaz. des Hôp.*, 1922.

Desvaux de Lyf. — Thèse Paris, 1911.

Dieulafoy. — Pathologie interne, tome II.

— Rapports des pancréatites avec la lithiase biliaire ; syndrome pancréatique. Cytostéatonécrose et hémorragies pancréatico-péritonéales. *Presse Médicale*, 15 octobre 1907.

Douchanine. — *Chirurgia*, mai 1912.

Doyen. — Congrès de chirurgie, 1905.

FANKAN. — *The Lancet*, 22 février 1913.

FAURE. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.*, 20 mars 1907.

FAURE-BEAULIEU et BECLÈRE. — L'insufflation rectale du côlon par l'acide carbonique dans l'exploration radiologique du foie et de la rate. *Bul.* et *Mem. Soc. Méd. des Hôp.*, 20 janvier 1921.

FAURE-BEAULIEU. — Le rôle de la thrombose veineuse dans l'infarctus hémorragique du pancréas. *Paris médical*, 1914.

FISKE JONES. — Acute pancréatitis. *Boston Medical and surgical Journal*, 16 mars 1922.

GARRE. — Congrès de chirurgie, 1905.

GARROD. — *The British medical Journal*, 3 avril 1920.

GEORGESCO. — Contribution au diagnostic et au traitement des kystes du pancréas. *Journ. de Chir. de Bucarest*, tome II, page 115.

GILBERT et THOINOT. — Nouveau traité de médecine et de thérapeutique; tome XX, par Carnot. Baillière 1908.

GILBRIDE. — Cysts of the Pancreas. *Medical Record*, 22 mai 1920.

GIORDANO. — Arch. Mal. Ap. dig. et nutrition, 1908.

GOEBELL AND MARTENS. — Congrès allemand de chirurgie, 1907.

GREEN CUMSTON. — Un cas de kyste du pancréas. *Revue de Chirurgie*, 1903.

GUELLIOT. — Deux observations de kystes du pancréas. *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.* de Paris, 19 juillet 1911.

GUINARD. — Pancréatite hémorragique et pancréatite suppurée. *Bul. Mem. Soc. de Chir.*, 20 février 1907.

— *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.*, 17 avril 1907.

— *Bul.* et *Mem. Soc. Chir.*, 1909.

HARTMANN. — Congrès de chirurgie, 1891.

HEINRICIUS. — Arch. fur Klin. Chir., 1897.

HINZ. — Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 10 juillet 1911.

HONIGMANN. — *Deutsche Zeitschrift Chir.*, 1905.

JAMIN. — Thèse Lyon, 1923.

KYJEWSKI. — *Gazetta Leharska*, 1909.

KOERTE. — Congrès allemand de chir., 1894.

— Chirurgischen Krankeiten und Verlet-zungen des pancréas. *Stuttgart*, 1898.

— *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 23 mars 1919.

— Soc. de Chir. Berlin, 1914.

LABBÉ. — Sur un cas de kyste du pancréas opéré. Soc. de Gastro-entérologie de Paris, 7 mai 1923.

LACAYO. — Thèse Paris, 1923.

LAFOSSE. — Thèse Paris, 1907.

LECÈNE. — *Bul. Mem. Soc. de Chir. de Paris*, 19 février 1919.

LECÈNE et PIQUET. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir. de Paris*, 19 novembre 1919.

LECLERC et GUIEYSSE PELISSIER. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir. de Paris*, 16 juillet 1919.

LECOURT. — Thèse Paris, 1920.

LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chirurgie, tome XXVI.

LEISSER. — Thèse Leipzig, 1902.

LEJARS. — Congrès de chirurgie, 1905.

LENOIR. — Thèse Paris, 1911.

LENORMAND et LECÈNE. — La pancréatite aigüe hémorragique avec stéatonécrose disséminée. *Revue de Gynec.*, 1906.

LEPOUTRE. — Pseudo-kyste du pancréas chez un enfant. *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.* de Paris, 8 décembre 1920.

LERICHE et ARNAULD. — Sur la pancréatite aigüe hémorragique. *Revue de Gyn. et de Chir. abdom.*, 1909.

LEVÊQUE. — Thèse Paris, 1911.

MANN AND GIORDANO. — *Arch. of Surgery*, janvier 1923.

MAROGNA. — *Archivio italiano di Chirurgia*, avril 1923.

MARTIN. — Kystes du pancréas. *Progrès médical*, 1912.

— Pancréatite hémorragique fatale en deux phases avec trois mois d'intervalle. *Paris médical*, mars 1917.

MATHIEU. — Kystes du pancréas. *Paris médical*, 1912.

MAUCLAIRE et LE MONIET. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.*, 10 janvier 1912.

MICHEL. — Thèse Nancy, 1898.

MICHON. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.* de Paris, 5 juillet 1911.

MIGINIAC. — Les hématomes traumatiques de l'arrière cavité des épiploons. *Revue de Chir.*, 1919.

MOCQUOT et CONTANTINI. — Contusions du pancréas et faux-kystes traumatiques. *Revue de Chir.*, 1923.

MONOD, DELBET, QUENU. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.* de Paris, 13 mars 1907.

MORESTIN. — Congres de chirurgie, 1905.

NIMIER. — Notes sur la chirurgie du pancréas. *Revue de chirurgie*, 1893.

NOEVER. — Pseudo-kystes hémorragiques du pancréas, opération, guérison. *Journal de Chir. et Annale de la Société belge de chir.*, tome VIII.

NORDMANN et ARNSPERGER. — Congrès allemand de Chir., avril 1913.

OMBREDANNE. — *Bul.* et *Mem. Soc de Chir.*, 12 juillet 1911.

PAGE. — Thèse Paris, 1898.

PATEL. — Pancréatite hémorragique à forme sub-aigüe kystique. *Lyon médical*, 1921.

PHILARDEAU. — Les kystes et les faux-kystes du pancréas. *Gazette des Hôp.*, 11 mars 1922.

PICQUE et GUINARD. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.*, juin 1908.

PILLET. — Thèse Paris, 1915.

PIVOVAROFF. — Roussky Vratch, 7 avril 1912.

POISSONNIER. — Thèse Paris, 1922.

POLYA. — *Mitteilungen ans den Greuzgebieten der Medizin und Chirurgie*, 1911.

POTHERAT. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.*, 2 décembre 1908.

— *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.*, 28 juin 1911.

QUENU et DUVAL. — Pancréatites et lithiase biliaire. *Revue de chirurgie*, 1905.

QUENU. — Kystes du pancréas, diagnostic et pathogénie cholerragie post-opératoire. *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.* 15 février 1911.

QUENU et POTHERAT. — Kystes du pancréas. *Bul. Mem. Soc. de Chir.*, 19 juillet, 1911.

REBOUL. — Congrès de chirurgie, 1905.

REYNIER. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.* de Paris, 16 juin 1909.

RIBADEAU-DUMAS, MALLET et DE LAULERIE. — Examen radiologique des viscères abdominaux après injection d'oxygène dans la cavité péritonéale. *Bul.* et *Mem. Soc. des Hôp.* 13 novembre 1919.

RIBADEAU-DUMAS. — Le pneumo-péritoine et l'aérocolie par insufflation rectale. *Bul.* et *Mem. Soc. Méd. des Hôp.*, 11 février 1921.

RIBADEAU-DUMAS et MALLET. — Innocuité de l'emploi du gaz carbonique dans le pneumo-péritoine. *Bul.* et *Mem. Soc. Méd. des Hôp.*, 18 février 1921.

RIGHETTI. — *La Clinica Chirurgica*, 31 octobre 1913.

ROBINSON. — Thre cases of pancreatic cyst. *British med. Journ.*, n° 2778.

ROCHARD. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.* de Paris, 5 juillet 1911.

ROGER, WIDAL, TEISSIER. — *Nouveau traité de Médecine*, tome XV, Masson 1923.

RONNEAUX. — Tumeur extragastrique diagnostiquée grâce à l'emploi du pneumo-péritoine artificiel. *Bul. Soc. fr. d'Electrothérapie et radiologie*, janvier 1921.

ROUTIER. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.* de Paris, 28 juin 1911.

SAVARIAUD. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.* Paris 1909.

SCHWARTZ. — *Bul.* et *Mem. Soc. Chir.* Paris, 5 juillet 1911.

SEIDEL. — Beïtrage zur Klinischen Chirurgie 1913.

SENN. — The Surge tréat of cyst of the pancreas. *Ann. Journ. of. Méd. Soc.*, 1885.

— Surgery of the pancreas as based upon experiments and clinical Researches. Philadelphie 1886.

SERGENT, RILADEAU-DUMAS, BABONNEIX. — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, tome XII, Maloine 1920.

STEINDL et MANDL. — Ueber pankreascysten. *Deutsche Zeitschr. f. chir.*, juillet 1920.

TULASNE. — Thèse Paris, 1899.

VILLAR. — Association française de Chir. de Paris, 1905.

WALTHER. — *Bul.* et *Mem. Soc. de Chir.* de Paris, 1908.

WEIL et LOISELEUR. — La pneumo-séreuse péritonéale. *Bul.* et *Mem. Soc. Méd. des Hôp.*, 25 novembre 1901.

WOLF. — Beitrage zur Klinischen Chirurgie.

IMPRIMERIE CENTRALE, 15, RUE DE LA ROE, ANGERS